

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

CORREIOS  
IMPRESSO ESPECIAL  
3600137001 - DR/PR  
CRM PR

IMPRESSO

v. 19 - n. 73 jan./mar. - 2002

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ  
GESTÃO 1998/2003**

**DIRETORIA  
(2001-2003)**

Presidente:	Cons. Luiz Sallim Emed
Vice-Presidente:	Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
1ª. Secretária:	Consª. Marília Cristina Milano Campos
2ª. Secretária:	Consª. Mariângela Batista Galvão Simão
Tesoureiro:	Cons. Roberto Bastos da Serra Freire
Tesoureiro Adjunto:	Cons. Gerson Zafalon Martins
Corregedora:	Consª. Raquele Rotta Burkiewicz

**MEMBROS EFETIVOS**

Carlos Ehke Braga Filho  
Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Daebes Galati Vieira  
Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Gerson Zafalon Martins  
Hélcio Bertolozzi Soares  
José Luis de Oliveira Camargo  
Kemel Jorge Chammas  
Luiz Sallim Emed  
Marcos Flávio Gomes Montenegro  
Mariângela Batista Galvão Simão  
Marília Cristina Milano Campos  
Mauri José Piazza  
Monica de Biese Wright Kastrup  
Raquele Rotta Burkiewicz  
Roberto Bastos da Serra Freire  
Rubens Kliemann  
Sérgio Maciel Molteni  
Waldir Rúpollo  
Zacarias Alves de Souza Filho

**MEMBROS SUPLENTE**

Antonio Carlos de Andrade Soares  
Célia Inês Burgardt  
Cícero Lotário Tironi  
José Eduardo de Siqueira  
Lucia Helena Coutinho dos Santos  
Luiz Antonio e Mello Costa  
Luiz Jacintho Siqueira  
Manoel de Oliveira Saraiva Neto  
Marco Antonio do S. M. Ribeiro Bessa  
Mario Stival  
Minao Okawa  
Niazy Ramos Filho  
Nilson Jorge de Mattos Pellegrini  
Orlando Belin Júnior  
Renato S. Rocco  
Sylvio José Borela

**Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque**  
**Assessor Jurídico: Adv. Afonso Proença Branco Filho**

**SECRETARIA**

---

R. Mal. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320  
Telefone: (41) 322-8238 - Fax: (41) 322-8465

---

ISSN 0104 - 7620

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 19	n. 73	p. 1-56	Jan/Mar.	2002
---------------------------	----------	-------	-------	---------	----------	------

## **EDITOR**

Ehrenfried O. Wittig

## **CONSELHO EDITORIAL**

Carlos Ehlke Braga Filho  
Luiz Carlos Sobania

Duilton de Paola  
Luiz Sallin Emed

Zacarias Souza Filho  
Iseu Affonso da Costa

## **ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**

Órgão oficial do CRM/PR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético.

## **ENDEREÇOS**

Secretaria Rua Marechal Deodoro, 497. 3º andar  
80020-320 Curitiba - Paraná - Brasil

e-mail Geral : [crmpr@crmpr.org.br](mailto:crmpr@crmpr.org.br)  
Secretaria/Diretoria: [secdir@crmpr.org.br](mailto:secdir@crmpr.org.br)  
Assessoria Jurídica: [aj@crmpr.org.br](mailto:aj@crmpr.org.br)  
Cofep: [cofep@crmpr.org.br](mailto:cofep@crmpr.org.br)  
Biblioteca: [biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br)  
Home-Page [www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)

Postal Caixa Postal 2208  
Telefone 0 xx 41 322-8238  
Fax 0 xx 41 322-8465

## **TIRAGEM**

14.000 exemplares

## **CAPA**

Criação: José Oliva, Eduardo Martins e Cesar Marchesini Fotografia: Bio

## **FOTOLITO E IMPRESSÃO**

SERZEGRAF  
Rua Bartolomeu L. Gusmão, 339 - Vila Hauer. Fone/Fax: (0xx41) 278-9460  
CEP 81610-060 - Curitiba - Paraná  
e-mail: [comercial@serzefraf.com.br](mailto:comercial@serzefraf.com.br)

## **EDIÇÃO**

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro. Índice geral anual editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores, e está disponível na Home-Page [www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)

## **REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO**

O material publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor e citação da fonte original.

## **RESPONSABILIDADE**

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente à todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

## **NORMAS PARA OS AUTORES**

A revista reserva-se o direito de aceitar ou recusar a publicação e de analisar e sugerir modificações no artigo

**TEXTO** - os originais devem ser encaminhados ao editor, digitados em software Microsoft Word 97 for Window, em uma via, com página contendo 30 linhas em duplo espaço, em papel tipo A4 (212 x 297 mm) com margens de 30 mm e numeração das páginas no canto inferior direito da página direita e a esquerda na página esquerda. Os pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, terão as palavras-chaves e key words inseridas no final do texto, que evidentemente não seguirão as normas para artigos técnicos ou científicos habituais. Esses devem conter inicialmente uma apresentação seguindo-se um resumo e abstract, palavras-chave e key words, texto, tabelas, ilustrações e referências bibliográficas, adotando as seguintes normas:

**Título** - sintético e preciso, em português.

**Autor(es)** - nome(s) e sobrenome(s)

**Procedência** - O nome da instituição deve ser registrado no rodapé da primeira página, seguindo-se o título ou grau e a posição ou cargo de cada autor e, embaixo, o endereço para correspondência sobre o artigo.

**Resumo e Abstract** - Um máximo de 100 palavras permitindo o entendimento do conteúdo do artigo, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão. O resumo e o abstract devem ter o título do trabalho em português e inglês, acima do texto.

**Palavras-chave** (unitermos) e key words - devem ser colocadas abaixo do resumo e do abstract em número máximo de 6 títulos.

**Tabelas** - podem ser intercaladas no texto com até 5 unidades, se de pequenas dimensões. Em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda, e deverão ser elaboradas em software Microsoft Excel 97 for Windows.

Ilustrações (Fotos e Gráficos) - serão em preto e branco, em número máximo de até 6 e devem conter legendas em páginas separadas. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas, devem ser encaminhadas com a autorização para publicação. Ilustrações coloridas serão custeadas pelos autores.

Referências - devem ser limitadas ao essencial para o texto. Numerar em ordem seqüencial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Medicus. Em cada referência deve constar:

Artigos - autor(es) pelo último sobrenome, seguido das iniciais dos demais nomes em letra maiúscula. Vírgula entre cada autor e ponto final dos nomes.

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

Título do trabalho e ponto. Periódico abreviado pelo Index Medicus, sem ponto após cada abreviatura, mas ponto no final. Ano, seguido de ponto e vírgula. Volume e dois pontos, página inicial - final, ponto.

Livros - autor(es) ou editor(es). Título; edição se não for a primeira. Cidade da editoração. Ano e página inicial-final.

Resumo(s) - autor(es), título seguido de (abstract). Periódico, ano, volume, página(s). Quando não publicado em periódico: publicação, cidade, publicadora, ano, página(s).

Capítulo do livro - autor(es). Título. editor(es) do livro. Cidade de editoração, página inicial e final citadas.

Exemplo: Werneck LC, Di Mauro S. Deficiência Muscular de Carnitina: relato de 8 casos em estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq Neuropsiquiatr 1985; 43:281-295.

É de responsabilidade do(s) autor(es) a precisão das referências e citações dos textos.

## **ÍNDICE REMISSIVO**

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page [www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br) Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em [biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br) ou por telefone 0xx41 322-8238.

## **ABREVIATURA**

Arq Cons Region Med do PR

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, v. 19, n.73, 2002

Trimestral

1. Ética 2. Bioética 3. Moral 4. Dever Médico 5. Direito Médico

I. Conselho Regional de Medicina do Paraná

Arq Cons Region Med do PR

ISSN 0104-7620

ABNT

# Sumário

<b>A Descriminalização do Aborto</b>	
Valéria de Cássia Lopes .....	01
<b>Hospital-Dia e o Médico Plantonista</b>	
Parecer CFM .....	12
<b>Uso de Coturno Militar</b>	
Parecer CFM .....	14
<b>Financiamento Para Realização de Cirurgia Plástica</b>	
Parecer CFM .....	16
<b>Registro de Diploma de Médico Estrangeiro</b>	
Resolução CFM .....	18
<b>Transferência - Vaga - Responsabilidade de Quem?</b>	
Parecer CFM .....	20
<b>Limitações Para Assumir a Responsabilidade Técnica</b>	
Parecer CFM .....	21
<b>Validade Oficial Para Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos</b>	
Resolução CFM Nº 1.609/2000 .....	23
<b>Anestesia em Circuito Fechado Utilizando Mistura de Gases Produzida Pela Usina Concentradora de Oxigênio</b>	
Parecer CFM .....	24
<b>Fornecimento de Dados do Paciente Por Exigência de Preenchimento de Formulários Sobre Acidente de Trabalho</b>	
Parecer CFM .....	25
<b>Responsabilidade do Anestesiologista e do Radiologista</b>	
Parecer CFM .....	29
<b>Uso da Internet Para Divulgação Médica</b>	
Parecer CFM .....	31
<b>Doente Crônico e/ou Terminal: Autonomia do Paciente x Autonomia do Médico</b>	
Jorge Rufino Ribas Timi .....	37
<b>Terapia Holística Não Tem Base Científica</b>	
Parecer CFM .....	51
<b>Registro e Notificação de Tentativa de Auto-Extermínio</b>	
Parecer CFM .....	55
<b>História da Medicina</b>	
Ehrenfried Wittig .....	56

# A DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO

Valéria de Cássia Lopes\*

*“... Você acorda no meio da manhã e se vê, lado a lado, na cama com um violinista inconsciente. Ele descobriu que tinha uma doença renal fatal e a Sociedade dos Amantes da Música, após avaliar todos os recursos médicos disponíveis descobriu que você era a única pessoa que tinha exatamente o tipo sanguíneo capaz de socorrê-lo. Eles tinham, então, lhe seqüestrado e, na noite anterior, o sistema circulatório do violinista fora ligado ao seu, de forma que seus rins poderiam ser usados para extrair as impurezas do sangue dele bem como as do seu sangue. Neste momento o diretor do Hospital lhe diz: “Entenda, nós nos sentimos mal pelo que a Sociedade dos Amantes da música fizeram com você - nós jamais permitiríamos, se soubéssemos antes. Mas agora o violinista está ligado a você. Para desligá-lo, ele morrerá. Mas não se desespere, será apenas por nove meses. Depois disso, ele irá recuperar-se com alimentação própria e poderá ser desligado de você a salvo!...”.* Esta história provoca inúmeros debates tendo aqueles que argumentam que esse exemplo serviria apenas para casos onde a gestação foi fruto de violência sexual e outros que sustentam que toca no princípio da autonomia, aqui esta metáfora será considerada como um tema de direito, distante do conceito público - jurídico ou o mesmo que dizer Estado ou ainda sistema jurídico.

O intuito desta abordagem não é conceber o princípio da anarquia que visa desmorrar todo e qualquer sistema de ordenamento, regras e da moral social, nem mesmo impressionar incautos, mas tenta, construir em embasamento teórico no intuito de desmistificar a justificativa positivista do direito penal que: pune mulheres que se submetem a abortos clandestinos, colocando em risco sua integridade física, emocional e moral diante a leis que punem um direito próprio do indivíduo garantido pela constituição.

## – A Formação dos Princípios Jurídicos e o Aborto

Discorrer sobre uma cascata de princípios do direito positivo inundaria essa conclusão de enfoques utópicos e superficiais, mas de nada serviria, visto que discussões como as do aborto, ficaria sempre na esfera do dever ser; sobretudo, tratando este estudo sobre a descriminalização do aborto, senti-me na necessidade de abordá-los mesmo que consciente de que nosso sistema jurídico serve mais para dirigir comportamentos em favor de um sistema econômico, que gera desigualdade, e porque não dizer que, o sistema de leis gera criminosos indiretamente, mas que não trata do direito em si.

Com o nascimento do Iluminismo de Voltaire, de Montesquieu o direito penal torna-se ciência autônoma. Neste mesmo momento o homem toma consciência de si como valor humano, o Estado que, saindo do absolutismo procura diferentes

\* Advogada - Curitiba - PR  
Rua Niepce da Silva, 200 Curitiba - PR

estruturas nas novas concepções, fazendo criar uma concepção de ESTADO e DIREITO e elabora o princípio da legalidade e junto a isso procura se legitimar como Estado democrático, em sua função de garantia ao bem social, cria-se a idéia da harmonia social, é a concepção Kantiana do direito, da moral do dever ser. O direito (na acepção positivista) ou melhor o sistema jurídico, norteia-se por princípios, o Estado se apresenta definido como Estado democrático de direito, e funda-se em princípios como da dignidade humana, da cidadania, dos valores sociais do trabalho, com objetivo fundamental de construir uma sociedade livre igualitária, (deve-se entender que a elaboração desses princípios positivistas, do dever ser, serve apenas para criar expectativas de um direito que para o senso comum, implantado no âmbito da sociedade, garante-lhes a segurança o bem estar harmônico, na verdade, em nome do direito, conceito diverso de sistema jurídico, cria leis, cria sanções penais, sendo que: "reprezar de quem diz a obrigação (moral) diz repressão, portanto necessariamente, aparelho de repressão. Este aparelho no aparelho Estado no sentido estrito da expressão. Chama-se: corpo de polícia, tribunais, multas e prisões".<sup>2</sup>

"O Direito (escreve em seus códigos), por exemplo: Todo indivíduo (salvo a "escória", ou seja, as exceções mencionadas acima) é juridicamente livre (de contratar ou não, de usar ou não de seus bens, etc.). Trata-se de uma definição da liberdade pelo direito, pelo sistema de suas regras - uma definição da liberdade perfeitamente precisas que só valia nos limites do direito e nada tem haver com liberdade moral e filosófica, nem tampouco, como veremos, com liberdade das ideologias jurídicas."<sup>2</sup>

O estudo dos princípios jurídicos na atual constituição, abrange direitos individuais, políticos, e sociais, o reconhecimento desses direitos está longe de materializar-se em uma sociedade justa e igualitária, pois a base desses princípios já nasceram no campo de um ideal longínquo, e o reconhecimento dos direitos fundamentais se caracteriza como a reconquista de algo que, em termos primitivos, se perdeu, quando a sociedade se dividiu entre proprietários e não proprietários. Na sociedade primitiva os bens pertenciam, em conjunto, a todos os gentílicos, e se verificava uma comunhão realmente democrática de interesses. O que vale dizer, que os princípios fundamentais que norteiam nossas leis, partem de um pressuposto inexistente, que é a igualdade entre os indivíduos, e por isso apresenta-se injusta. Preconizar o princípio da legalidade, direito a liberdade, da equidade não é o mesmo que garanti-lo, permanecem sempre no campo do "dever ser". É por isso que a ordem jurídica permite limites ao exercício das suas chamadas garantias.

Sob esse aspecto, se aplica as hipóteses de aborto legal, na medida em que não se pune o aborto quando não há meio de salvar a vida da gestante, ou se a gravidez resulta de estupro, o valor constitucional protegido, nestes casos é a vida e a dignidade de tantas mulheres. Se pretende salvaguardar a vida e a dignidade de tantas mulheres, porque não tratar o aborto como uma questão relacionada à cidadania e a saúde pública, princípios de direito fundamental assegurando a vida, a integridade física, destas tantas mulheres que recorrem ao aborto clandestino, quando é um direito assegurado pela constituição o acesso a redes públicas de saúde, é notório que as classes privilegiadas não encontram problemas ao acesso a contraceptivos, nem ao aborto seguro, em clínicas especializadas e modernas, restando técnicas rudimentares e perigosas, somente às classes desfavorecidas.

## – A proposta de um Direito Penal Mínimo

O conflito que se estabelece entre a criminalidade e a segurança social, se deve menos a inclinação pessoal dos indivíduos do que aos fatores de condicionamento social, das diferenças de classes, da omissão estatal que através do sistema jurídico, cobra comportamentos e respalda a diferenciação social fator gerador de infrações penais.

*“Pode-se dizer que o Direito Penal não é só a mais violenta forma de intervenção do Estado na vida dos cidadãos, mas é também, seguramente, e talvez por isso mesmo, a mais desastrosa forma de intervenção do Estado na vida social. Reduzir, pois, tanto quanto seja possível, o marco de intervenção do sistema penal é uma exigência de racionalidade”.*<sup>3</sup>

Se partirmos de um pressuposto positivista consideramos os conflitos sociais atendidos pelo direito penal, justificando a atuação do Estado a um imperativo na justiça social; mas como é sabido esses conflitos não se acham resolvidos pelo contrário tem fonte na atuação de domínio Estado, que usa o sistema jurídico como vigilante a serviço do capitalismo. Esses conflitos são potencializados nos sistemas carcerários em função dos modos de operação do sistema penal como um todo.

Neste sentido Baratta coloca as principais características de um Direito Penal não minimizado aduzindo como decorrência mais importantes:

*“a) a violência institucional que a pena criminal representa; b) a ausência da representação dos interesses sociais pelos órgãos incumbidos da organização da justiça penal; c) o funcionamento altamente seletivo da justiça penal; d) a reprodução dos problemas em maior número do que aqueles que pretende resolver por força da insuficiência instrumental e de recursos dos órgãos do sistema punitivo para realização de funções socialmente úteis pela atuação oficial e superficial.”*<sup>4</sup>

Montequieu, já colocava que “quando um povo é virtuoso, bastam poucas penas”, Beccaria advertia que: proibir uma enorme quantidade de ações indiferentes não é prevenir os crimes que delas possam resultar, mas criar novos”. Neste tocante nem mesmo faz-se necessário a alusão ao crime em enfoque.

O princípio da necessidade ou o da intervenção mínima se encontra previsto na declaração dos direitos do homem e do cidadão (1789); no seu artigo 8º determina que só a lei deve estabelecer penas estritas e evidentemente necessárias. Assim deve-se impedir a eficácia das tipificações desnecessárias e supérfluas.

*“Impõe-se que a atividade estatal se exerça dentro de determinados limites, devendo o poder do Estado, quer na tarefa legislativa, quer na judicante, cingir-se aos limites do suficiente necessário”.*

Que significa a respeito de liberdade que as medidas de vigilância, policiamento privação de direitos se resumem coerção, e essas medidas só podem ser toleradas em situações excepcionais, em nome da liberdade, pois trata-se de

contemplar as exceções da não liberdade por meio das medidas de constrição.

O direito penal mínimo, desta forma expressa-se como possibilidade para que não se fira o espírito constitucional, numa postura ativa em face aos jurisdicionados, sendo o mesmo que dizer obedecer aos princípios da constituição possibilitando o exercício da cidadania.

Ou seja antes de condenar o aborto é necessário que os bens, os serviços sociais e a distribuição da renda se tenham repartido de tal modo que não necessite mais que o aborto seja crime, pois as necessidades primárias desta mulher que procura o aborto por falta de condições materiais, estejam satisfeitas como também assegurado a vida futura do filho, com mínimo de dignidade, acesso igualitário, serviços de saúde, educação, moradia, como as classes mais abastadas o tem hoje. Ainda que esta mulher tenha condições materiais para o seu sustento e a segurança do respaldo do Estado para seu filho, que seja respeitado o direito reprodutivo e escolha quanto ao seu próprio corpo.

A penalização ao aborto, serve para contribuir indiretamente com a criminalidade, serve para justificar a insuficiência das instituições do Estado, que ao invés de respaldar, as classes menos favorecidas, penaliza os atos resultantes da própria omissão estatal, mostra a violência constitucional que a imposição da pena ao aborto representa tantas mulheres, e ao mesmo tempo, torna nítido a falta de representação dos interesses sociais nos órgãos de jurisdição na feitura de leis penais. Portanto a criminalização do aborto é uma lei que contribui a criação de novos crimes, e o sistema jurídico tem o dever penalizar somente o aborto praticado contra a vontade da mulher, ou aquele após 12 semanas da concepção.

– Poder e Verdade sobre o aborto;

*“E criou Deus o homem à sua imagem; à imagem de Deus o criou; macho e fêmea os criou.*

*E Deus os abençoou, e Deus lhes disse: Frutificai e multiplicai-vos, e enchei a terra, e sujeitai-a; dominai sobre os peixes do mar, sobre as aves dos céus, e sobre todo animal que se move na terra.”<sup>5</sup>*

*“Os oponentes do aborto são adeptos da heteronomia, isto é, a idéia que a vida humana é sagrada”<sup>6</sup>, sobretudo os oponentes do aborto não são somente os vinculados a uma crença religiosa, estão entre eles, os bioeticistas e juristas, sendo que este princípio da heteronomicidade, está arraigado na formação dos profissionais de saúde e do direito, justamente eles que tem um papel determinante na prática profissional e segura do aborto.*

Mas porque existem oposições diante de uma realidade cada vez mais presente em nosso meio, busca-se a verdade ou o conformismo, com a falta de explicações coerentes, baseando-se no mito do pecado, no sacrilégio sem levar-se em conta os direitos humanos, segundo os quais devem ser respeitados: os princípios da igualdade, da dignidade humana e da não discriminação.

Somos submetidos a todo instante à produção da verdade, em qualquer caso do nosso cotidiano, no aborto, como objeto de estudo, partindo da explicação

dos mecanismos do poder, para não basear-se em nenhuma teoria mítica ou divinista, e para o convencimento de que a descriminalização do aborto constitui-se de um sacrilégio, partimos da premissa de que a descriminalização do aborto em nosso país urge, sendo um dever do Estado. Desta forma passo a discorrer sobre alguns pontos essenciais que foram propulsores de todo um sistema gerador de preconceitos que impuseram leis incriminatórias, a um ato de direito, líquido e certo de todo e qualquer ser humano, de escolha sobre seu próprio corpo, e porque não dizer sobre sua vida.

Neste sentido abordarei a questão do Poder do Estado, os limites do direito quanto ao Estado, e conseqüentemente o direito do Estado sobre o direito individual do ser humano, e os efeitos da reprodução da cultura na sociedade, como fator desintegrante do conhecimento que impede a corporificação dos direitos essenciais humanos, e que dá continuidade a um sistema de dominação, formando uma cadeia circular.

É preciso analisar o sistema de direito, como meio permanente de dominação, e ao mesmo tempo, analisar os procedimentos de sujeição que ele põe em prática.

Trata-se de apreender o poder indo além das regras de direito, que organizam e o delimitam, e em virtude desse poder, investe-se em instituições que se consolidam nas técnicas usadas, fornecendo instrumentos de intervenção material, as vezes até violentos. Portanto, não podemos entender o poder do Estado, sob uma ótica Jurídica, mas entender o sistema jurídico como um veículo do poder, para manter a supremacia do Estado e sua dominação; ou seja, considerar crime o aborto, por exemplo, nada mais é do que sujeitar corpos, dirigir gestos e reger comportamentos, é o que o poder pode dominar de forma direta e imediata, o direito desta forma, serve como aparato, assim como a escola, a igreja, e os meios de comunicação.

*“Creio que é preciso examinar o modo como, os níveis mais baixos, os fenômenos, as técnicas, os procedimentos de poder atuam; mostrar como esses procedimentos se deslocam, se estendem, se modificam, mas sobretudo, como eles são investidos, anexados por fenômenos globais, e como poderes mais gerais ou lucros de economia podem introduzir-se no jogo dessas tecnologias, ao mesmo tempo relativamente autônomas e infinitesimais, de poder.”<sup>7</sup>*

Poder-se-ia explicar, que as leis incriminatórias sobre o aborto são provenientes da burguesia, ou seja, quando ela tornou-se classe dominante a partir do fim do século XVI, e no século XVII, segundo Wilhelm Reich<sup>8</sup>, que como o corpo humano se tornou essencialmente força produtiva a partir dos séculos XVII, XVIII, todas as formas de dispêndio irredutíveis a essas relações, à constituição das forças produtivas, todas as formas de dispêndio assim manifestadas em sua inutilidade, foram banidas, excluídas e reprimidas.

Poder-se-ia também, em contraponto, explicar que, para o funcionamento do sistema de produção, quanto mais força de trabalho houvesse, mais perfeito seria seu funcionamento; num primeiro momento a tentativa da diminuição do número de abortos, seja através das ideologias religiosas, seja através do uso do sistema jurídico, criaria-se mais força de trabalho, ou pelo menos a deixaria crescer sem nenhum obstáculo; criando assim um contingente de reserva da mão-de-obra, no qual, o princípio da oferta e da procura, gerasse um barateamento dessa mão-de-obra; ao

mesmo tempo, criava-se um alvo de consumo para o produto desse trabalho, desta forma, o sistema seguiria como uma cadeia; sobretudo necessita-se ainda eliminar a parte não produtiva desta cadeia, e conseqüentemente a parte não consumidora, a qual tornaria um ônus ao Estado. O sistema jurídico proibindo o aborto, proporcionariam a reprodução das forças produtivas, e ao mesmo tempo excluíam os indivíduos não produtivos, e não consumidores, em potencial.

Outra forma de aludir a dominação do Estado ao indivíduo através do direito, e esta forma, a mais plausível, mas não menos materialista pois, se o mecanismo de controle pode intervir na exclusão ou inclusão de comportamentos, quanto a sexualidade, opiniões e gestos, nos níveis basilares da sociedade, essa exclusão ou inclusão tiveram sua lógica, sua razão, e certamente correspondem a um certo nível de necessidades. E explicar esses fenômenos, somente a partir da ascensão da burguesia, na proliferação das forças produtivas, não me parece abranger toda a complexibilidade dessa dominação.

Não me convence ainda, que a burguesia foi o idealizador do sistema de exclusão ou inclusão social, que a burguesia pensou em reprimir a sexualidade, ou o aborto, mas as técnicas e os procedimentos, as aparelhagens de controle através do sistema jurídico, é que gerou um interesse da burguesia, pois a esse momento a contenção da marginalidade, a repressão sexual, geraria lucros a burguesia.

Podemos desta forma afirmar que o sistema jurídico funciona em função do sistema capitalista, e voltado para ele. O sistema capitalista não foi o inventor de crimes, como o aborto, por exemplo, no intuito de não estagnar ao aumento das forças produtivas; o sistema capitalista nem mesmo se interessa pelo aborto, ou pela sexualidade dos indivíduos, que cometem crimes, muitos menos pela reintegração deles na sociedade.

O capitalismo se interessa pela vantagem econômica e política, que lhes é proporcionado, em virtude da dominação do Estado, que por sua vez usa o sistema jurídico como meio.

Essas técnicas e procedimentos da exclusão social, foram a aparelhagem de vigilância, que proporcionou à burguesia um certo lucro, seja econômico, seja político, sendo a burguesia, desta vez, usada como estratégia das dinâmicas que decorreram do direito positivo.

Apenas para ilustrar o uso do sistema jurídico como mecanismo de exclusão social, tomarei o exemplo, contemporâneo da criação da indústria da medicalização da sexualidade, pois sendo crime contra a vida abortar, fabrica-se contra-conceptivos, já que existem loucos, cria-se medicamentos para curá-los, sem mencionar ainda o sistema de tributos e de obrigações que o poder pressupõe, apropriando-se, não só do trabalho, e do tempo dos indivíduos, mas dos bens, e até da autonomia, sobre os nossos próprios corpos e gestos.

Assim o sistema jurídico, servindo de meio para a transcrição das obrigações crônicas de tributos, no passado legitimando atos da monarquia, num segundo momento dando aparato as democracias parlamentares, até chegarmos nos dias de hoje, em que os códigos jurídicos, ultrapassam o direito, e mascaram ao mesmo tempo os procedimentos de dominação sob os indivíduos.

A partir das sociedades modernas, temos de um lado, a organização da legislação do direito público, em torno da soberania do Estado e da sociedade organizada, mas, que também exerce uma cadeia de coerções disciplinares, que garantem a dominação, simultaneamente com a falsa garantia de direitos ao cidadão.

Servindo o crime de aborto, mais uma vez, como pontô referencial, em que o Estado de um lado discursa, garantindo o direito a vida, e que por outro lado, não lhe garante condições dignas dessa vida, nem mesmo considera os direitos e a autonomia do próprio corpo de quem irá gerá-la, e que em conseqüência, arcará com o ônus e dever de responsabilidade sobre este novo ser, que necessitará de condições dignas de vida, que sabido por todos nós o Estado não proporciona.

– A cultura fonte de resistência a descriminalização do Aborto

A aplicação das jurisdições através de leis, sempre esteve presente na história, onde a mulher é colocada estrategicamente num papel subalterno, sem a garantia de decisão, quanto ao seu próprio corpo. Portanto o triângulo poder, direito e verdade, constitui desde a idade média a, elaboração de um pensamento totalmente régio, onde o papel essencial da teoria do direito, é de fixar a legitimidade do poder, sua função é dissolver o fato da dominação, para que não se perceba que a mesma, sempre foi presente no nosso cotidiano, capaz de alienar-nos a ponto de que aceitássemos o nosso sistema de leis, como algo que trouxesse a harmonia social, sem que nos fosse dado o direito de questionar o porquê, da determinação da lei, o porquê de determinado tema o qual constitua um direito legítimo, um direito essencial, natural e digno do homem.

Sobretudo essa cadeia circular da dominação produz efeitos em nossas bases diárias e cotidianas que reproduzem nossa cultura, e que apresentam-se inadequadas e desestimulantes para um novo avanço para o futuro.

Warner sintetiza: *Há certa continuidade entre as várias formas de organização social e a várias formas de cultura; mas a continuidade cultural é a mais assinalável, por dois motivos principais: primeiro, porque é mais fácil vislumbrar possibilidades do que pô-las em prática; segundo, porque as mudanças e os progressos, na sociedade, sofrem resistências da parte daqueles a quem qualquer mudança parece prejudicial, já que se encontram, no momento, no topo da escala social. Nas ocasiões em que a mudança social se impõe, a cultura entra em conflito com os padrões que, por sinal, foram adotados e apropriadamente sustentados pela cultura no passado, mas que se revelam agora.*"<sup>9</sup>

Não somente o sistema jurídico, mas o conjunto dos aparelhos que dão aparato à dominação, como as religiões, instituições, e regulamentos que norteiam e cerceiam os atos individuais, tem papel predominante no entendimento da formação de códigos de leis, que incriminam certos atos os quais demonstrarão a influência estatal na liberdade do indivíduo (o crime de aborto é o exemplo claro desse cerceamento), a função da cultura é também correspondente a um modelo muito complexo, dentro do qual as forças econômicas e jurídicas, se revelam como elemento positivo e organizador da sociedade. Althusser cita Karl Marx para expressar-se sobre

reprodução da educação na sociedade: *“Cada indivíduo, isoladamente, para quem tudo isso flui através da tradição e da educação, pode imaginar que essa super estrutura contém as verdadeiras razões de seu viver e as premissas de sua conduta.”*<sup>2</sup>

A escola, a família, no conceito de Althusser, são aparatos ideológicos do estado, André Petitot citando Bowles e Gintis, no mesmo sentido esclarece: *“formulam a hipótese de uma correspondência entre a estrutura autoritária das famílias e os valores correntes nos diferentes univedrsos do trabalho, Kohn descobriu que a experiência profissional levava a transformar valores e comportamentos não só do trabalho da vida em geral.”*<sup>10</sup>

*“a principal diferença entre as classes reside ns condições específicas nas quais os pais e principalmente as mães punem a conduta indesejável do filho. Os pais da classe operária são mais inclinados a punir ou deixar de punir tendo como base conseqüências diretas e imediatas das ações da criança; os pais de classe média baseiam-se na sua interpretação das intenções das crianças.”*<sup>11</sup>

O poder e os privilégios se organizam através das instituições, chegando a atingir todas as manifestações sociais, até mesmo ao nível das relações interpessoais.

A escola aparta os conhecimentos e os indivíduos, ao mesmo tempo que os seleciona e que lhes inculca esquemas, que contribuem para a manutenção das relações de produção e de domínio capitalista, Durkheim apresenta sua proposta quando afirma que a sociedade impõe ao indivíduo através da coerção externa, pela doutrinação autoritária de valores.<sup>12</sup>

Esta lógica apaga o papel do indivíduo na elaboração de novos valores, e conduz a uma espécie de imobilismo a uma sociedade fixa e estática; a legislação positivista presente no Código Penal e em seus princípios, desconsidera o direito a autonomia reprodutiva, cujo desvalor é inculcado nas escolas através do ensino religioso ou no aprendizado oculto na própria escola ou na família.

Thiollent esclarece: *“os membros da classe operária, de um lado, têm tendência a manifestar opiniões “progressistas” quando interrogados sobre problemas econômicos – políticos tais como: salário mínimo, distribuição de renda, etc.: por outro lado, eles têm tendência em manifestar opiniões “conservadoras” ou atitudes autoritárias, quando se tratar de problemas, tais como: a família, a sexualidade, a educação das crianças, etc., que não são percebidos na sua dimensão política mais como questões morais.”*<sup>13</sup>

*“O pensamento dos que representam topo da escala social são as premissas dominantes em cada época, pois a classe que dispõe dos meios para a produção material, dispõe com isso dos meios para a produção intelectual, as idéias portanto são algo imposto de fora, com um pequeno grupo que as elabora e um grande número dos que a recebem.”*<sup>14</sup>

Outro ponto a ser discutido, é a formação positivista dos profissionais, que provindos das estratificações sociais, de famílias da classe (pequena – burguesa, média-alta) que buscam e detém o conhecimento, como forma de diferenciação e

reconhecimento social, e que trazem em seus preceitos, valores sedimentados “dos homens de bem” que vão a igreja aos domingos, estudam nas boas escolas, e que se formam e atuam na sociedade como médicos, advogados, terapeutas justamente eles, que tem papel predominante no campo social, mas que nos seus currículos e ementas que regimentaram sua formação universitária lhes faltou um estudo de maior abrangência sociológica e humanística, e essas deficiências se reproduzem em forma de preconceitos, os quais tornam leis inócuas, fadadas ao continuísmo, mascarando milhões de mortes que ocorrem em virtude de abortos clandestinos todos os anos.

O direito penal deveria assegurar ao indivíduo seus direitos essenciais, e reais, representando a vontade social, e a materialização desses direitos, bem como, a elaboração e discussão de leis, a qual não participa. Ferri, expoente do positivismo no direito, coloca a razão e fundamento da reação punitiva, como defesa social, que se promove mais eficazmente pela prevenção do que pela repressão dos fatos criminosos, e a pena deve ser indeterminada e ajustada à natureza do delinqüente, não a puni-lo, mas ajusta-lo, às condições de convivência social.<sup>15</sup>

Esse pensamento transportado a mulher, que usando de sua autonomia reprodutiva e na sua liberdade de ter os filhos, que planejou, não permite nem de passagem a comparação desta conduta, com aquelas que o legislador define como crime, trata-se de uma conduta pessoal que não se enquadra nessa preocupação de ajuste social.

Se tomarmos por princípio que a descriminalização do aborto como uma legítima questão de direitos humanos, que deve ser respeitado os princípios da dignidade humana, igualdade e não discriminação, a prática do aborto jamais deve ser imposta a qualquer mulher, mas a sua não prática, também, portanto é legítimo a ineligibilidade às mulheres que não se sintam em condições de manter uma gravidez.

É necessário que se entenda que o tratamento jurídico adotado no Brasil, quanto ao aborto, tem natureza repressiva, que cuja a responsabilidade recai sobre a mulher, impondo-lhe uma obrigação de não fazer (mesmo em condições autorizadas). A este respeito Sônia Corrêa esclarece:

*“as novas circunstâncias políticas que envolvem o debate sobre legalização e acesso ao aborto na América Latina não devem surpreender. Elas informam que foi superada a barreira do silêncio, numa adotadas ao longo da década tem sido efetivas. Mas também sugerem que a existência indicação inequívoca de que as estratégias de consenso discursivo sobre o aborto inseguro no plano global foi um instrumento fundamental no processo de construção de um discurso público sobre a questão. Entretanto, nesta nova etapa, as premissas e recomendações internacionais serão insuficientes, pois precisamos mais do que palavras... é preciso estar perto das mulheres que tem sido submetidas a essas formas de coerção quando exercem seu direito de decidir... é preciso, sobretudo repensar nossas estratégias no que diz respeito a como ganhar corações e mentes para o sentido fundamental de justiça e de liberdade que está implícito de demanda pela descriminalização do aborto.”<sup>16</sup>*

## CONCLUSÕES:

O sistema jurídico, reflexo da dominação ideológica, exercida pelos aparatos do Estado, impõe uma norma incriminadora de direito penal que considera a interrupção da gravidez como crime.

As situações definidas pela legislação como causas excedentes de criminalidade, não refletem as expectativas daquelas mulheres que decidem por não manter uma gestação seja por escolha própria, referente a um direito essencial da pessoa, de liberdade, seja pela falta de condições materiais ou emocionais para manter uma gravidez, ou responsabilizar-se por filho após seu nascimento.

O sistema educacional oferecido pelo Estado, a educação na esfera da família, assim como, os dogmas religiosos, reproduzem as idéias preconceituosas implantadas pelo Estado, e pelo interesse material da classe dominante, o que impede a reflexão e a discussão isenta de preconceitos, sobre os direitos do ser humano.

Os profissionais das ciências humanas e biológicas, têm sua formação carregada de preconceitos e ideologias, em parte provenientes das disciplinas curriculares de seus cursos, e em parte, provindas da formação de conceitos e preconceitos adquiridos no seio das próprias famílias de classe média alta, que representam o percentual maior de alunos universitários das ciências médicas e jurídicas, sendo que estas são algumas das causas da continuidade e do imobilismo jurídico. Justamente esses profissionais, os quais têm papel fundamental na descriminalização do aborto, na sua efetiva prática segura, assim como o dever de garantir a materialização dos direitos essenciais dos indivíduos.

A questão é mais profunda do que política, diz respeito mais aos direitos do que ao sistema jurídico, é mais preconceituosa do que religiosa, vai além dos objetivos ideológicos dominantes, que nos fazem acreditar que em nome da moral, os indivíduos do sexo feminino, devem, reproduzir a figura de materna de Maria das sagradas escrituras, para que nunca se tome consciência dos direitos próprios e inalienáveis, os quais não competem ao sistema jurídico qualquer medida incriminadora, muito menos punitiva.

O aborto, segundo nosso código penal, serve como exemplo claro de dominação ideológica que transfere-se aos atos e conseqüentemente aos nossos corpos. Trata-se de uma dicotomia, a qual, na magna carta, é assegurado os direitos de liberdade. Nos princípios jurídicos internacionais de direito, é garantido a liberdade e disposição intelectual, física, e política aos indivíduos. Ao mesmo tempo e contra senso, leis penais incriminam o indivíduo feminino que tenha disposto dos mesmos direitos e garantias constitucionais e principiológicas que a constituição lhe assegura. Portanto, neste mesmo sistema jurídico onde é assegurado o direito de liberdade aos indivíduos, obriga a mulher a manter a gestação, mesmo sem considerar suas condições materiais de sobrevivência, ou de direito de disponibilidade sob seu corpo, que ao contrário é crime.

Referendando aqui a produção cinematográfica do "Advogado do Diabo" no qual o ator representando o diabo, em seu discurso, diz: que Deus dá ao homem instintos, dom extraordinário, depois para sua própria diversão, faz regras em oposição: Olhe, mas não toque... Toque, mas não prove... Prove, mas não engula.

Assim como Deus, o Estado e o sistema jurídico fazem regras, e em oposição, às quais os indivíduos privados, vêm seus direitos submetidos a leis de interesses econômicos, políticos e jurídicos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 – THOMPSON, JJ. A defense of abortion. *Philosophy and Public Affairs* 1971 ; 1:47-66.
- 2 – ALTHUSSER, L. Sobre a reprodução. Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis: Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999.
- 3 – LOPES, MAR. **Teoria Constitucional do Direito Penal**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000. p.471.
- 4 – BARATTA. *Principi Del Diritto Penale Minimo*. Edizione Scientifiche Italiane, anno III, n. 3; p. 465, 1985.
- 5 – GÊNESIS, cap 1 – versículos 27-28, Bíblia Sagrada.
- 6 – FRANÇA, GV. *Medicina Legal*, 3ª Edição, Guanabara Koogan, 1999.
- 7 – FOUCAUT, M. Em defesa da sociedade, Editora Martins Fontes, p. 36.
- 8 – REICH, W. *Der Eibrsch Der Sexual Moral*, trad. Mattoso Figueira, São Paulo: 1987.
- 9 – WILLIAMS, R. *Cultura e Sociedade*; São Paulo: Editora Nacional, 1969. p. 281 (Warner), italist América, NT, Basic Pooks, 1977.
- 10 – PETITAT, A. *Produção da Escola. Produção da Sociedade. A escola e a reprodução/ Reprodução da Sociedade*.
- 11 – KOHN, M. *Class and Conformity : A study in Values*, Homewood; Illinois, Dorsey Press, 1969.
- 12 – DURKEIM, E. *Educação e sociologia*, Paris, Alcan, 1888.
- 13 – THIOLENT, MJM. *Crítica Metodológica, Interpretação social e enquete operária*. Polis, 1982. p. 58.
- 14 – FOUCAUT, M. *Microfísica do Poder*. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro. Edição Graal, 1984.
- 15 – BRUNO, A. *Direito penal, parte geral, tomo 1: introdução norma penal fato punível: forense*, 1984.
- 16 – CORRÊA, S. *Jornal da rede saúde*, n. 18 setembro, 1999.

**Palavras-Chave** - descriminalização do aborto, aborto

**Key-Words** - abortion descriminalogation, abortion

# HOSPITAL-DIA E O MÉDICO PLANTONISTA

## **EMENTA**

Os serviços de Hospital-Dia, devem manter médico plantonista durante todo o período de funcionamento, inclusive os estabelecimentos da rede privada.

## 1 – DA CONSULTA

A Unimed de Sergipe, preocupada com a segurança de seus usuários quando internados em serviço hospitalar Hospital-Dia, que não mantém equipe médica de plantão, enviou correspondência ao CRM/SE solicitando parecer a respeito.

O CRM/SE, não encontrando fundamentação na literatura para responder ao consulente, encaminhou a consulta ao CFM.

## 2 – DO PARECER

A Portaria nº 44 do Ministério da Saúde, de 10 de janeiro de 2001, considerando a necessidade de estabelecer critérios para a realização de procedimentos cirúrgicos em regime de HOSPITAL-DIA, no seu artigo 2º define como regime de HOSPITAL-DIA a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas.

O artigo 3º da mesma portaria estabelece que para a realização de procedimentos em regime de HOSPITAL-DIA as unidades integrantes do sistema Único de Saúde-SUS deverão cumprir, entre vários requisitos, que a equipe do Hospital-Dia deve ser composta por, no mínimo: 01 (UM) MÉDICO, 01 (UMA) ENFERMEIRA e AUXILIARES DE ENFERMAGEM, em números suficientes e correspondentes aos leitos disponíveis, durante todo o período de funcionamento da unidade, para prestar assistência aos pacientes.

Um outro requisito exigido pela mesma portaria, é que a unidade de saúde deve garantir vaga aos pacientes e ter outras unidades de saúde mais complexas como referência, para transferir seus pacientes quando necessário.

## 3 – DA CONCLUSÃO

De acordo com a Portaria nº 44/2001, os serviços de HOSPITAL-DIA deverão manter em sua equipe pelo menos um médico de plantão durante todo o período de funcionamento.

A referida portaria se refere a unidades integrantes do Sistema Único de Saúde, mas em nosso entendimento essa regra deve também ser seguida pelas demais unidades prestadoras desses serviços.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 15 de agosto de 2001.

Wirlande Santos da Luz  
Cons. Relator

Parecer CFM nº 36/2001  
Processo-Consulta CFM nº 7567/2001  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 14/09/2001

**Palavras-Chave** - hospital-dia, plantonista  
**Key-Words** - day hospital, night shift

## REINO UNIDO

---

### Hospital jogou corpo de bebê em lavanderia

Um hospital da Grã-Bretanha pediu desculpas formalmente por ter despejado o corpo de um bebê prematuro morto na lavanderia. No incidente, ocorrido em dezembro passado, o bebê acabou sendo enviado junto com roupas do hospital Queen's Mary, em Kent, para uma empresa de limpeza. Na companhia, localizada no sul de Londres, o bebê James Fernandez chegou a passar por uma máquina de lavar industrial.

Transcrito  
Gazeta do Povo 31/01/02

## NOVA ZELÂNDIA

---

### Hospital guarda corações de fetos

Um escândalo explodiu ontem em um hospital de Auckland, capital da Nova Zelândia, depois da divulgação de que o estabelecimento conservava mais de 1.300 corações humanos, a maioria deles de crianças ou de fetos, sem que os pais tivessem sido informados. Muitos dos órgãos, guardados há 50 anos, procedem de fetos abortados. Os corações vinham sendo utilizados nas aulas práticas do curso de Medicina.

Transcrito  
Gazeta do Povo 02/03/02

# USO DE COTURNO MILITAR

## EMENTA

Não há, disponível na literatura brasileira, trabalho cientificamente conduzido acerca do potencial patogênico dos calçados militares.

## 1 – DA CONSULTA

A presente consulta origina-se em requerimento da sra. N.M.L.G.S., professora atualmente exercendo o mandato de deputada estadual no estado do Acre, protocolado no Conselho Federal de Medicina sob o nº 5.121, de 30/05/2000, que solicita parecer a respeito de:

“(…)”

a) Articular a emissão de um laudo médico ou parecer técnico sobre as possíveis seqüelas – deformações da formação anatômica, dos tecidos das pernas, tornozelo, panturrilha, como: varizes, calos secos – produzidas pelo uso do coturno militar.

b) Recomendar um calçado adequado, confortável, seguro e de aquisição acessível, sempre considerando a relação custo-benefício, à luz do laudo médico ou do parecer técnico referido (…)”

## 2 – DO PARECER

Nomeado para emitir parecer através do ofício CFM nº 4137, este relator solicitou à Diretoria de Saúde do Exército e à Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) subsídios para a emissão final deste parecer.

O Exército nos enviou texto que versava sobre normas de padronização na fabricação do coturno militar, que posteriormente foi enviado à SBOT, a fim de servir de subsídio na elaboração do parecer da referida sociedade.

As Forças Armadas, especificamente o Exército, têm um extenso manual contendo as normas de especificação técnica utilizadas na fabricação do coturno militar.

Este manual apresenta as diversas especificações, como as características gerais do cabedal ao soldado, montagem, características específicas, controle de qualidade, identificação e embalagem dos coturnos.

Observa-se que antes do produto chegar ao usuário habitual, os coturnos militares passam por um rígido processo de controle de qualidade em sua fabricação, onde todos os itens de sua composição são analisados tecnicamente com a finalidade de propiciar ao usuário um produto confortável para o uso.

O uso do coturno militar é de emprego tradicional dentro das Forças Armadas e forças auxiliares, como é o caso das Polícias e Bombeiros Militares, não existindo trabalhos específicos nas forças auxiliares no sentido de identificar possíveis seqüelas decorrentes do seu uso. Entretanto, recente trabalho desenvolvido pela Diretoria de Saúde do Corpo de Bombeiros do Estado do Acre para identificar as principais causas

de afastamento do trabalho de seus militares, no ano de 1996, não encontrou em seus resultados nenhuma causa de afastamento vinculada ao uso do coturno militar.

A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, através do Comitê de Cirurgia do Pé, respondeu a consulta através da Carta SBOT-0324, de 28/06/2001, que passa a fazer parte do presente parecer:

*"Informamos que não há disponível na literatura brasileira nenhum trabalho cientificamente conduzido acerca da qualidade, durabilidade, aplicabilidade e potencial patogênico dos calçados militares, razão pela qual não podemos emitir qualquer opinião arrazoada sobre o assunto.*

Em nossa opinião, seria desejável que instituições ligadas às principais universidades brasileiras fossem contatadas no sentido de criar-se projeto, com dotação orçamentária e planejamento técnico, a fim de estudar o assunto e alcançar as informações solicitadas."

### 3 – DA CONCLUSÃO

De acordo com o parecer, não há comprovação de que o uso do coturno militar leve às seqüelas mencionadas pela consultante. Portanto, não se faz necessário recomendar a troca de calçado das organizações militares do estado do Acre antes que qualquer trabalho cientificamente conduzido venha a comprovar relação de causa e efeito com o seu uso.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 13 de julho de 2001.

Ricardo Fróes Camarão  
Cons. Relator

Parecer CFM nº 40/2001  
Processo-Consulta CFM nº 5121/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 14/09/2001

**Palavras-Chave** - coturno militar, bota militar, dano ao pé

**Key-Words** - military buskin, military half boot, feet damage

# FINANCIAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA

## EMENTA

Estão passíveis de procedimentos apuratórios os médicos que beneficiam-se de encaminhamentos de pacientes por empresas que praticam financiamentos e parcelamentos de honorários. A publicidade médica da empresa registrada no Conselho Regional de Medicina é de responsabilidade do seu diretor técnico.

Consulta o CRM-AC, mediante ofício de seu ilustre presidente, dr. Ricardo Fróes Camarão, sobre uma empresa denominada Bela & Bela, instalada em Rio Branco – AC, que identifica como empresa de financiamentos para cirurgia plástica publicou anúncio onde se lê:

*“Agora você pode fazer a plástica que tanto sonhou. Parcelamento em até 18 meses.”*

Contém o impresso, ainda, o número de telefone e o endereço da empresa.

Por não ser empresa inscrita no CRM-AC e pelo fato de estar ofertando prestação de atividade médica, foi fiscalizada pela diligente equipe daquele Regional que obteve de uma funcionária informações sobre o modo de ação:

– Encaminha os pacientes a 2 (dois) médicos, que consultam e estabelecem seus honorários;

– A empresa financeira encarrega-se dos trâmites para a obtenção dos valores;

– A própria funcionária entregou aos conselheiros cartões dos dois médicos (anexos), o que, para o CRM-AC, confirma o vínculo dos mesmos à empresa.

A presente consulta nos oferece a oportunidade de trazer a este Plenário a preocupação do CRM-AC, que poderia ser a de qualquer um dos outros Conselhos de Medicina do país ou, mesmo, de qualquer médico procurando dirimir dúvidas ou externar sua indignação.

Não há dúvida que a interpretação dos ideais hipocráticos vem sofrendo constante e rápida deterioração, assim como a sociedade vem aos poucos desacreditando da ética e da moralidade dos que por sua notória posição pública deveriam exercitar e dar exemplo ao cidadão comum. Este, a meu ver, é mais um desses desvios morais que nos últimos anos vem banalizando e fragilizando o exercício da medicina. Se, por um lado, a sociedade e alguns médicos procuram meios para vender seu trabalho, justificando que por serem pessoas jurídicas legalmente constituídas para esse fim não se vislumbra delito ético, por outro, há entidades respeitáveis e muitos médicos que vêm nas entrelinhas desta nebulosa e promíscua relação a necessidade de uma posição oficial talvez até uma regulamentação.

Lutamos por dignidade, reclamamos por respeito e bradamos por nosso poder perdido aos poucos. Se essa é a nossa batalha, não podemos deixar ao público

a impressão de que nossa atividade pode ser associada à empresa de financiamento, tal qual se faz carros ou eletrodomésticos.

Ao elaborar esta resposta, questiono:

Será esta a realidade que nos espera em futuro próximo?

Seremos nós, médicos, neste futuro próximo, simples objetos de manipulação da área financeira?

Não tenho dúvidas de que neste momento temos de exigir o posicionamento dos órgãos competentes para que a atividade financeira que gravita ao nosso redor, tal que essas empresas e outros “atravessadores” denominados cartões de descontos, seja regulamentada e vigiada.

Ao CFM cabe abrir discussão com a comunidade médica para avaliar e contrapor medidas necessárias. Finalizando, no presente caso denota-se claramente, competentemente apurado pelo CRM-AC, o elo entre a empresa e os médicos, configurando necessidade de instaurar procedimento apuratório. Se a empresa já se inscreveu no CRM, o diretor técnico deverá também responder por possíveis infrações às resoluções sobre publicidade médica.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 13 de julho de 2001.

Antônio Gonçalves Pinheiro  
Cons. Relator

Parecer Aprovado nº 34/2001  
Processo-Consulta CFM nº 3958/2001  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 12/09/2001

**Palavras-Chave** - cirurgia plástica, financiamento cirúrgico, parcelamento, honorário  
**Key-Words** - plastic surgery, surgery financing, parcelling, medical fees

## **REGISTRO DE DIPLOMA DE MÉDICO ESTRANGEIRO**

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 806, de 29 de julho de 1977;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 98 e 99 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, que restringe ao estrangeiro com visto temporário o exercício de atividade remunerada, bem como a inscrição em Conselhos de fiscalização profissional;

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo único do artigo 99 daquele diploma legal, que prevê a inscrição temporária em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada dos estrangeiros que venham ao país tão somente na condição prevista no inciso V do artigo 13 da mesma lei;

CONSIDERANDO o disposto no item f do parágrafo 1º do artigo 2º do regulamento a que se refere a Lei nº 3.268/57, aprovado pelo Decreto nº 44.045/58, que exige a prova de revalidação do diploma quando o médico tiver sido formado por faculdade estrangeira.

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 16, aprovado em 12 de junho de 1997, que analisa a revalidação e reconhecimento de diplomas, certificados, títulos e graus expedidos do exterior à luz da legislação brasileira vigente;

CONSIDERANDO o que determina a Resolução CFM nº 1.586, de 10 de novembro de 1999, que exige o comprovante de proficiência na língua portuguesa, expedido pela universidade que revalidou o diploma estrangeiro;

CONSIDERANDO a definição legal da Residência em Medicina, constituindo modalidade de ensino de pós-graduação caracterizada por treinamento em serviço, conforme o artigo 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981;

CONSIDERANDO que este treinamento em serviço, que caracteriza a Residência Médica, implica no exercício de prática profissional (atos médicos), além de ocupar de 80% a 90% da carga horária total do curso, consoante o parágrafo 2º do artigo 5º da Lei nº 6.932/81;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 26/2000, aprovado na Sessão Plenária de 3 de outubro de 2000, que analisa as condições para o exercício profissional do médico estrangeiro com visto temporário no país, bem como a impossibilidade de cursar a Residência Médica em instituições nacionais;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 7 de fevereiro de 2001.

### **RESOLVE:**

Art. 1º - O médico estrangeiro e o médico brasileiro com diploma obtido em faculdade estrangeira terão o registro para o exercício profissional no Brasil regulamentado por esta resolução.

Art. 2º - Os diplomas de graduação expedidos por faculdades estrangeiras somente serão aceitos, para registro dos médicos nos Conselhos de Medicina, quando revalidados por universidades públicas, na forma da lei.

Parágrafo único - O médico estrangeiro, para obter o registro nos Conselhos Regionais de Medicina, deve comprovar a proficiência na língua portuguesa, nos termos da Resolução CFM nº 1.586/99.

Art. 3º - O médico estrangeiro, com visto permanente no Brasil, pode registrar-se nos Conselhos de Medicina e usufruir dos mesmos direitos dos médicos

brasileiros quanto ao exercício profissional, exceto nos casos de cargo privativo de cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, sobretudo ser eleito ou eleger membros nos respectivos Conselhos, observado o disposto no artigo 2º desta resolução.

Art. 4º - O médico estrangeiro, detentor de visto temporário no País, não pode se inscrever nos Conselhos Regionais de Medicina e está impedido de exercer a profissão, salvo a exceção prevista no inciso V do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro.

Parágrafo 1º - O médico estrangeiro, portador de visto temporário, que venha ao Brasil na condição de cientista, professor, técnico ou simplesmente médico, sob regime de contrato ou a serviço do governo brasileiro (inciso V do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), está obrigado a inscrever-se nos Conselhos de Medicina para o exercício de suas atividades profissionais enquanto perdurar o visto, observado o disposto no artigo 2º desta resolução;

Parágrafo 2º - Na hipótese prevista no parágrafo anterior, é necessária a apresentação do contrato de trabalho ou documento específico que comprove estar o médico estrangeiro a serviço do governo brasileiro, que deu origem ao visto temporário, junto com os demais documentos exigidos para inscrição no respectivo Conselho.

Art. 5º - Os Conselhos Regionais de Medicina devem tomar ciência da presença de médico estrangeiro, detentor de visto temporário, que venha ao Brasil na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro) para realizar cursos de pós-graduação na área médica em nível de especialização, mestrado, doutorado ou pós-doutorado, sem praticar atos médicos no País.

Parágrafo Único - A notificação a que se refere o *caput* deste artigo deverá ser feita aos Conselhos Regionais de Medicina através de comunicação formal e obrigatória do diretor técnico, ou preceptor ou médico investido em função semelhante, na instituição que esteja realizando os referidos cursos.

Art. 6º - O médico estrangeiro, detentor de visto temporário na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro) que tiver concluído o curso de Medicina em faculdade brasileira, somente poderá inscrever-se nos Conselhos de Medicina e exercer legalmente a profissão se obter o visto permanente, além da comprovação de proficiência na língua portuguesa.

Art. 7º - Em nenhuma hipótese pode o médico estrangeiro, detentor de visto temporário de qualquer modalidade, cursar Residência Médica no Brasil.

Art. 8º - Os editais para a seleção de candidatos, promulgados pelas instituições mantenedoras de programas de Residência Médica, devem observar o disposto nesta resolução.

Art. 9º - Fica revogado o Parecer CFM n.º 3/86 e demais disposições em contrário.

Art. 10º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 7 de fevereiro de 2001

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Rubens dos Santos Silva  
Secretário-Geral

Resolução CFM n.º 1615/2001  
D.O.U. 9/03/2001, pág. 17 Sessão I

**Palavras-Chave** - registro de diploma, diploma de estrangeiro, visto de permanência, médico residente estrangeiro

**Key-Words** - certificate registry, foreign certificate resident, permanent visa

## **TRANSFERÊNCIA – VAGA – RESPONSABILIDADE DE QUEM?**

Designado pela Portaria n.º 342/99-AJ, para emitir parecer sobre a consulta formulada pelo Dr. Luís Bernardo dos Santos Alonso, passo aos fatos:

O Consulente solicita parecer sobre qual a conduta a ser seguida quando da necessidade de transferência de pacientes do SUS para outro hospital, fazendo as seguintes perguntas:

1 – No caso de necessidade de transferência do paciente do SUS, a quem compete a responsabilidade de arrumar a vaga? Ao médico ou ao Gestor?

2 – Quando da necessidade de acompanhamento médico do usuário do SUS (paciente de alto risco), a quem compete ir junto? O Médico Assistente? Ou deveria ser providenciado pelo Gestor?

3 – No caso da responsabilidade ser do Médico Assistente, quem será responsável pelo risco de vida no traslado, deste profissional?

4 – Quando da necessidade de equipamentos de suporte (O<sub>2</sub>, monitor, desfibrilador, bombas de infusão), a quem compete prover: ao Médico que assiste ou ao Gestor?

Isto posto, inicialmente faço a seguinte consideração:

Cumpra lembrar que o Código de Ética Médica, prevê que a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza, devendo os doentes, particulares ou do SUS, ser atendidos da mesma maneira.

Agora passo a responder os quesitos formulados:

1 – Após confirmada a ausência de risco de vida pelo médico assistente, o paciente poderá ser encaminhado para outros hospitais, sendo que a responsabilidade do encaminhamento cabe a ele, que já deve ter elaborado o diagnóstico e providenciado a vaga para o atendimento.

2 – Todo paciente de alto risco deve ter o acompanhamento do médico assistente ou de pessoa qualificada, quando da sua impossibilidade, permanecendo a responsabilidade do médico assistente até o recebimento do doente no local para onde foi transferido.

3 – Todo profissional deve aceitar os riscos inerentes ao exercício da sua profissão.

4 – Os equipamentos necessários para tal, serão da responsabilidade do médico, que será transferido ao Gestor, se necessário, devendo estar o médico presente para a devida aplicação.

Outrossim, desde que este Conselho já se pronunciou, por várias vezes, sobre o assunto em questão, sugiro que sejam encaminhadas ao Consulente cópias dos Pareceres n.º 031/86, 0736/96.

É o parecer.

Curitiba, 7 de outubro de 1999.

Cons. Wadir Rúpollo  
Parecerista

Parecer CRM/PR Nº 1199/1999  
Processo-Consulta CRM/PR  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 22/11/1999.

**Palavras-Chave** - transferência, vaga hospitalar, responsabilidade, acompanhante, risco de vida

**Key-Words** - patient transfer, hospitalar admission, responsibility, accompany person, life risk

## LIMITAÇÕES PARA ASSUMIR A RESPONSABILIDADE TÉCNICA

### EMENTA

Somente é permitido ao profissional médico assumir responsabilidade técnica em, no máximo, 2 (duas) instituições públicas ou privadas prestadoras de serviços médicos.

Refere-se a presente consulta a questionamento do CREMESP, que instigado pela Secretaria Municipal de Saúde de Jundiá – SP oficia a este CFM:

“Relata as dificuldade para o cumprimento da Resolução CFM n.º 1.352/91, no que se refere à responsabilidade técnica nas unidades básicas de saúde e ambulatórios de especialidades técnicas.

Sugere revisão da mencionada resolução, a fim de que ela venha se adequar à realidade do sistema público de saúde, mesmo porque semelhante situação ocorre em várias outras cidades que têm compromisso na implantação do SUS”.

Anexa o ofício n.º 25/2000, da lavra da Dra. Wânia Maria Galhardi, secretária de Saúde de Jundiá:

- Existem no município 26 unidades básicas de saúde e 6 ambulatórios;
- Existem unidades com até 8 médicos; e outras menores, com 3 e 4 médicos;
- Há Grupo de Gestão Regional – GGR formado por 1 administrador, 1 enfermeiro e 1 médico que serão responsáveis pelo gerenciamento de 8 e 9 unidades;
- Os ambulatórios terão gerente médico.

Sobre o assunto, em virtude de desconhecermos maiores detalhes sobre a legislação normativa dos nomeados Grupos de Gestão Regional, solicitou este conselheiro parecer da Assessoria Jurídica do CFM, *in verbis*:

Nota Técnica do Setor Jurídico n.º 386/2000

“Em virtude de sua nomeação para a relatoria do Processo-Consulta CFM n.º 6.028/2000, o conselheiro Antônio Gonçalves Pinheiro solicita posicionamento deste Setor Jurídico, no tocante à dúvida sobre a existência de previsão legal para a criação dos “Grupos de Gestão Regional”, por parte da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Jundiá – SP.

Nas razões a seguir, passa este Setor Jurídico a se manifestar sobre a matéria consultada em debate.

Primeiramente, é mister expor qual é a conclusão que este Setor Jurídico chegou ao estudar e tentar definir o que são os Grupos de Gestão Regional – GGR. Em breve relato, temos que os GGR são unidades organizacionais pertencentes à referida Secretaria de Saúde, compostos por um administrador público, em enfermeiro e um médico, e cada um responsável pelo gerenciamento de aproximadamente 8 (oito) unidades médicas, ou seja, unidades básicas de saúde ou ambulatórios de especialidades médicas.

De acordo com as informações prestadas pela Secretaria consulente, o número de médicos pertencentes às unidades de saúde varia de 3 (três) a 8 (oito), de acordo com o seu tamanho. Sendo assim, ao fazer parte do GGR, o médico teria que responsabilizar-se por mais de duas unidades de saúde ao mesmo tempo, o que lhe é vedado.

A Resolução CFM n.º 1.352/92 é transparente ao dispor sobre o número máximo de instituições onde um médico pode exercer a diretoria clínica ou técnica, limitado a 2 (duas) instituições prestadoras de serviços/médicos, aí instituídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais na mesma instituição. Quanto a essa assertiva não há o que discutir.

O consulente exalta a necessidade de adequação das normas do CFM à nova mentalidade dos municípios no compromisso de implantação do SUS. Todavia, não há como deixar de lado a normatização técnica a respeito da matéria, limitando a diretoria clínica e técnica de um mesmo médico ao número máximo de duas instituições médicas, sem colocar em risco o regular atendimento médico à sociedade como um todo.

No entanto, não é esse o ponto estudado no presente. A atenção deste Setor Jurídico repousa na previsão legal da criação dos GGR. Em contato telefônico mantido diretamente com a secretária municipal de saúde da cidade de Jundiá, Dra. Wânia Maria Papile Galhardi, foi-nos informado que não existia embasamento normativo ou legal para a criação dos GGR. Também foi realizada pesquisa junto ao Ministério da Saúde e nenhuma legislação pertinente foi encontrada.

Conforme as explicações obtidas, os GGR são criação política da cidade, que visa procedimentalizar os trabalhos médicos de maneira mais efetiva, visando atender a população de maneira mais abrangente"(...).

Por convicção assumida frente a esta exposição da douta Assessoria Jurídica do CFM, somos de opinião que:

1 – Deva ser obedecida a Resolução CFM n.º 1.352/91, que diz em seu artigo 1º - "Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como diretor técnico, seja como diretor clínico, em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de finais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição";

2 – Até que se tenha dados consistentes sobre a normatização dos denominados GGR, não encontramos motivos para revisão da resolução citada;

3 – Seja enviada ao CREMESP para conhecimento e contato com a Secretaria de Saúde de Jundiá, para melhor elucidação e justificativas.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 5 de outubro de 2000

Antônio Gonçalves Pinheiro  
Cons. Relator

Parecer CFM N° 10/2001  
Processo-Consulta CFM N.º 6028/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 11/01/2001

**Palavras-Chave** - responsabilidade técnica, limitações de cargos, diretor técnico  
**Key-Words** - technical responsibility, job limit, technical director

## **VALIDADE OFICIAL PARA PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS OU TERAPÊUTICOS**

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar continuamente os seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 2, 29, 38, 42, 44, 124, 127 e 132 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar a prática médica brasileira, visando, o bem estar da população e o perfeito desenvolvimento científico da Medicina.

CONSIDERANDO que os procedimentos experimentais médicos devem obedecer à Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária do dia 13.12.2000.

### **RESOLVE:**

Art. 1º - Os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, para serem reconhecidos como válidos e utilizáveis na prática médica nacional, deverão ser submetidos à aprovação do Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo Único - A avaliação do procedimento será feita através de Câmaras Técnicas e homologada pelo Plenário do Conselho Federal de Medicina.

Art. 2º - O procedimento que tiver o seu reconhecimento negado, será considerado experimental, ficando que tiver o seu reconhecimento às normas específicas que regem a matéria e somente poderá ser reavaliado após dois anos de estudos.

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília-DF, 13 de dezembro de 2000.

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Rubens dos Santos Silva  
Secretário-Geral

Resolução CFM Nº 1609/2000  
Publicado em D.O.U. EM 22/12/2000

**Palavras-Chave** - procedimento diagnóstico, procedimento terapêutico, procedimento experimental, procedimento oficial

**Key-Words** - diagnostic procedure, therapeutic procedure, official procedure, experimental procedure

# **ANESTESIA EM CIRCUITO FECHADO UTILIZANDO MISTURA DE GASES PRODUZIDA PELA USINA CONCENTRADORA DE OXIGÊNIO**

## **EMENTA**

O inciso 3 da Resolução CFM n.º 1.355/92, ao "Determinar que não podem ser efetuadas anestésias em circuito fechado, utilizando a mistura de gases produzida pela usina" (concentradora de oxigênio), visou a segurança do paciente e não encontrou razões, até a presente data, para ser modificado.

A Resolução CFM N.º 1.355/92 foi elaborada com o objetivo de precaver ocorrências nocivas ao paciente, já que as usinas concentradoras de oxigênio não gozavam da proteção do tempo para serem consideradas procedimento seguro na prática médica.

Até a presente data, o produto dessas usinas está ainda sujeito às regras de proteção prescritas na Resolução CFM n.º 1.355/92, trabalho resultante da atuação conjunta deste Conselho e da Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

No que se refere ao inciso 3, que interessa ao indagante, informar-lhe que continua significando exatamente o que consta da redação: "os médicos não podem efetuar anestésias em circuito fechado, utilizando a mistura de gases produzida pela usina".

Dada a clareza da norma sobre a qual incidiu a indagação, parece-nos que o consulente não buscou "esclarecimento", mas justificativas e fundamentos. Se isto for correto, os comentários acima continuam valendo: governa, na resolução, o critério de segurança.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 06 de setembro de 2000.

Oliveiros Guanais de Aguiar  
Cons. Relator

Parecer CFM n.º 32/2000  
Processo-Consulta CFM n.º 6991/1999  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/12/2000

**Palavras-Chave** - anestesia, usina concentradora de oxigênio

**Key-Words** - anesthesia, hospitalar oxygen

# **FORNECIMENTO DE DADOS DO PACIENTE POR EXIGÊNCIA DE PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS SOBRE ACIDENTE DE TRABALHO**

## **EMENTA**

Há previsão legal e não é antiético o fornecimento de dados do paciente no preenchimento de formulários oficiais de acidente de trabalho que permitam a identificação do perfil epidemiológico da população em questão e tragam benefício social para o paciente, como é o caso da CAT.

## **1 – DA CONSULTA**

Através do ofício CREMERJ n.º 17/2000, o presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, encaminha ao Conselho Federal de Medicina cópia do processo-consulta elaborado pelo conselheiro Cantídio Drumond Neto, em resposta ao médico do Trabalho dr. A. C. M. – o qual, no CFM foi protocolizado sob n.º 1.245.

Na consulta, o dr. A. M. indaga se é válido o médico fornecer dados do paciente quando esta exigência é imposta no preenchimento de formulários sobre acidentes de trabalho, como previsto na Portaria n.º 5.051, de 26/02/99, do Ministério da Previdência e Assistência Social, e na Ordem de Serviço n.º 621, da Diretoria de Seguro Social desse Ministério, onde está normatizado o preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

O CREMERJ, através do conselheiro Cantídio Neto, emite a sua opinião após alguns considerados nos seguintes termos:

*“Embora reconhecamos a utilidade do fornecimento de dados, somos contrários a esse posicionamento, em obediência ao que determinam a Resolução nº 56//3, do CREMERJ, e a Resolução CFM nº 1.484, de 11/9/97”.*

Entretanto, o conselheiro relator do CREMERJ solicita o encaminhamento de seu parecer ao Conselho Federal, a fim de, nesta instância, ser submetido à análise e emissão de parecer.

## **2. DO PARECER**

A Resolução CREMERJ nº 56/93 dispõe sobre a proibição do fornecimento de diagnóstico, codificado ou não, às entidades contratantes de serviços de saúde ou de reembolso de despesas médicas, e veda às mesmas a limitação do número de consultas e procedimentos médicos. Por outro lado, a Resolução CFM nº 1.484 dispõe sobre a permissão do fornecimento do diagnóstico da doença em atestados médicos apenas nas situações de justa causa, exercício do dever legal ou por solicitação do paciente ou seu representante legal – neste último caso, a concordância deverá estar expressa no documento.

A Portaria MPAS nº 5,051, revogada pela de nº 5.817, de 6/10/99, estabelece orientações para o preenchimento do formulário CAT, enquanto que a Ordem de Serviço INSS/DSS nº 621 cria o Manual de Orientação para o Preenchimento da CAT.

A CAT foi inicialmente prevista na Lei nº 5.316/67, que foi alterada ao longo dos anos até ser aprimorada na Lei nº 9.032/95, regulamentada pelo Decreto nº 2.172/97. Temos ainda o que dispõe o artigo 22 da Lei nº 8.213/91: “ todo acidente de trabalho ou doença profissional deverá ser comunicado pela empresa ao INSS, sob pena de multa em caso de omissão”. A apresentação do Manual contido na OS/MPAS nº 621 justifica que “cabe ressaltar a importância da comunicação, principalmente o completo e exato preenchimento do formulário, tendo em vista as informações nele contidas, não apenas do ponto de vista previdenciário, estatístico e epidemiológico, mas também trabalhista e social.”

Nas recomendações gerais para o preenchimento da CAT, lê-se que devem ser tomadas precauções para o seu preenchimento em vista dos aspectos legais envolvidos, e que o atestado médico é de competência única e exclusiva do médico. A CAT deverá ser enviada ao INSS, que reterá a primeira via e destinará as demais vias conforme estabelece o item 1.2 da OS/MPAS nº 621:

“ 2ª via – à Empresa

3ª via – ao Segurado ou dependente

4ª via – ao Sindicato de Classe do Trabalhador

5ª via – ao Sistema Único de Saúde – SUS

6ª via – à Delegacia Regional do Trabalho” .

Analisados alguns aspectos legais, passo a discorrer sobre o segredo médico do ponto de vista deontológico, usando como base o relatório contido no Parecer CFM nº 22/2000, da lavra do conselheiro Luís Augusto Pereira, e o Capítulo IX – SEGREDO MÉDICO do livro *Comentários ao Código de Ética Médica*, 3ª edição, do dr. Genival Veloso de França.

O segredo médico é questão polêmica e controvertida em virtude dos vários aspectos da prática médica. É um instituto milenar, cuja origem e obrigação moral remontam ao juramento de Hipócrates.

A regra é que todo homem tem o direito de se proteger da arbitrária e desnecessária invasão de sua intimidade, mantendo fatos de sua vida em segredo. Hoje, apresenta-se como foro constitucional, uma vez que instituído como garantia individual à inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da imagem e da honra – artigo 5º, inciso X, da Constituição Federal.

A privacidade de um indivíduo é, pois, uma conquista consagrada em todas as sociedades organizadas, um princípio constitucional e um ganho amplamente protegido pelo Direito Público, regulamentado em nosso país pelo Código Penal, em seu artigo 154: “revelar a alguém sem justa causa, segredo, de que tenha ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem – Pena de 3 meses a 1 ano de prisão” .

A natureza confidencial do relacionamento médico-paciente é aceita pelos médicos como da maior importância e exigida pela sociedade como forma de proteção. Deve-se entender que o segredo não pertence ao médico, ele é apenas o fiel depositário. Assim, entende-se por segredo médico o silêncio que o profissional da medicina está obrigado a manter sobre fatos de que tomou conhecimento no exercício

de seu mister, e que não seja imperativo revelar. Nosso Código Penal, portanto, afastou-se do conceito absolutista – que impõe o sigilo incondicional em qualquer situação -, adotando o critério relativo do segredo quando admite a revelação por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente ou de seus representantes legais. O Código de Ética Médica, por sua vez, traduz o mesmo espírito do Código Penal Brasileiro.

Nos dias atuais, o segredo médico constitui-se numa forma de instrumento social em favor do bem comum e da ordem pública. Por isso, a revelação do segredo médico não pode, em situações mais que justificadas, revestir-se de um crime, pela necessidade de proteger-se um interesse contrário superior e mais importante.

Atualmente, chega-se a admitir que o segredo médico deve tolerar certas limitações, prevalecendo no entendimento de quase todos o interesse coletivo sobre o interesse particular.

Para a efetiva caracterização do delito de quebra do sigilo faz-se necessário: 1 – Existência de um segredo: que seja conhecido um fato por um número limitado de pessoas interessadas na sua inviolabilidade; 2 – Conhecimento em razão de função, ofício, ministério ou profissão: considera-se sigilo médico o silêncio que o profissional deve manter sobre fatos conhecidos no exercício ou em face do exercício de sua profissão; 3 – ausência de justa causa: entende-se por justa causa o interesse de ordem moral ou social que autorize o não cumprimento de uma obrigação, contando que os motivos apresentados sejam, na verdade, justificados de tal violação; 4 – Possibilidade de dano a outrem: não é necessária a produção de um dano moral ou material para concretizar a infração; 5 – Existência de dolo.

O que deve prevalecer é o fato de o sigilo médico ser relativo, sendo sua revelação sempre fundamental por razões éticas, legais e sociais. A regra é a manutenção do segredo, sendo a sua quebra admitida apenas em situações muito especiais do exercício da medicina, quando seu interesse superior exigir e quando justificada pela justa causa, pelo dever legal e pelo consentimento expresso do paciente.

A justa causa é um interesse de ordem moral ou social que justifique o não-cumprimento da norma e é engano que deve estar prevista, caso a caso, na lei.

A Resolução CFM nº 1.488/98, que dispõe sobre médicos que prestam assistência médica ao trabalhador, discorre sobre preenchimento da CAT, dando as devidas orientações aos médicos e possibilitando o entendimento da justa causa. Assim como no Parecer CFM nº 20/2000, recentemente aprovado pelo Plenário do CFM e da lavra do conselheiro Luiz Nódgi Nogueira Filho, que em suas conclusões sobre parecer assemelhado – possibilidade de quebra de sigilo – entendeu e o Plenário aprovou que *“o fim social a ser atingido requer informações precisas, as quais não tipificam infração ética porque seu manuseio será restrito a funcionários também sujeitos ao sigilo, com o único interesse em aprimorar os serviços de saúde”*.

Portanto, concluo como sendo possível o médico fornecer dados de paciente no preenchimento do atestado médico contido na CAT, pois caso não preencha poderia, em tese, prejudicar o trabalhador que necessita do documento a fim de gerar direitos trabalhistas.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 16 de maio de 2001.

Ricardo Fróes Camarão  
Cons. Relator

Parecer CFM nº 37/2001  
Processo-Consulta CFM nº 1245/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 14/09/2001

**Palavras-Chave** - declaração oficial, sigilo médico, segredo médico, acidente de trabalho, interesse coletivo, interesse individual

**Key-Words** - official formulary filling, medical confidentially, individual interest, collective interest, occupational accident, medical confidentially

### MAPA-MÚNDI - Grã-Bretanha

#### Casais querem usar embriões

Mais seis casais britânicos querem a aprovação da Autoridade para Fertilização Humana e Embriologia para usar a fertilização in vitro e ajudar o filho doente, como vão fazer Raj e Shahana Hashmi. O filho do casal Zain Hashmi tem uma rara doença sangüínea, a talassemia. O sangue do cordão umbilical do bebê seria usado para substituir a medula óssea de Zain e, talvez, curá-lo.

Transcrito  
Gazeta do Povo 26/02/02

# RESPONSABILIDADE DO ANESTESISTA E DO RADIOLOGISTA

## EMENTA

O anestesiologista só pode administrar anestesia a pacientes que se submetem a cirurgias, procedimentos dolorosos ou exames para esclarecimentos diagnósticos sob a responsabilidade de profissional habilitado.

## APRESENTAÇÃO

Em mensagem eletrônica dirigida ao CFM, o dr. G. A., pergunta se é possível a realização de anestesia para tomografia sem a presença do médico encarregado pelo setor.

Refere-se o consulente que o assunto foi motivo de parecer no CRM-BA, e indaga se o que foi decidido no regional daquele Estado também se aplica ao seu (Rondônia), onde os radiologistas são poucos e os médicos solicitantes dos exames não se fazem presentes durante a sua realização, alegando que a responsabilidade é do radiologista.

A sua consulta foi protocolada no CFM em 2 de maio de 2000, sob nº 4.047/2000.

## PARECER

A geografia do problema referido abrange Bahia, Rondônia, Brasil, e a questão resume-se a uma formulação elementar:

“Pode o anestesiologista administrar anestésicos para procedimentos realizados por pessoas que não são médicos?”

A resposta é simples e categórica: NÃO!

Anestésias foram atos lúdicos nas apresentações pioneiras do protóxido de nitrogênio (gás hilariante). Mas logo que Morton fez o primeiro uso médico da narcose, de modo teatral mas histórico, em 1846, o ato anestésico incorporou-se à medicina e tornou-se parte de um complexo terapêutico ou semiótico em que a presença de outro médico, para operar, conduzir ou definir qualidades de exames, torna-se mandatória.

Anestésias são procedimentos de profunda responsabilidade e todos sabem disto, mesmo os leigos desinformados em coisas da medicina.

Anestésias não podem ser administradas para testar qualidades de aparelhos, nem eficácia de drogas, nem valor de técnicas ou procedimentos novos.

Anestésias não podem ser administradas no ser humano sem um profundo senso de responsabilidade.

Por isso, anestésias só podem ser administradas por profissionais qualificados, de preferência por anestesiologistas, em ambientes que ofereçam segurança, para possibilitar o trabalho a ser realizado por:

1) médicos em condições de fazer cirurgias, de preferência por cirurgiões de habilitação confirmada;

2) médicos incumbidos de realizar procedimentos dolorosos mas necessários para a restauração da saúde do paciente;

3) médicos que interpretam a qualidade de exames realizados com vistas a esclarecimentos diagnósticos, e cuja presença se faz necessária para fins de confirmação da qualidade do exame, da necessidade de repetições, de injeções de contrastes, etc. E isto, evidentemente, só pode ficar a cargo do médico que domina a leitura dos resultados obtidos. Tal é o caso dos radiologistas e dos que lidam com outras leituras de bioimagem.

O ato anestésico é termo de um binômio que tem em outro médico a sua complementação, excluindo-se, pela natureza diversa de sua formação, os profissionais que não compartilham dos atributos que caracterizam os que se dedicaram à medicina.

Feitos esses comentários, sugerimos que o consultante seja informado do Parecer nº 28/2000, elaborado pelo conselheiro Solimar Pinheiro e aprovado no Plenário do CFM em 24/8/2000.

O referido documento, por ter alcance nacional, responde o que interessa ao indagante.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 24 de janeiro de 2001.

Oliveiros Guanais de Aguiar  
Cons. Relator

Parecer CFM nº 38/2001  
Processo-Consulta CFM nº 4047/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 14/09/2001

**Palavras-Chave** - responsabilidade do anestesista, responsabilidade do radiologista  
**Key-Words** - anesthesiologist responsibility, radiologist responsibility

# USO DA INTERNET PARA DIVULGAÇÃO MÉDICA

## EMENTA

Não constitui delito ético a divulgação de assunto médico na Internet, desde que feita nos ditames do Código de Ética Médica e em obediência às normas previstas na Resolução CFM nº 1.036/80 e no Decreto-Lei nº 4.113/42.

A utilização da rede mundial de comunicação para divulgação de assuntos médicos é desejável. O médico deve apenas se ater aos princípios dogmáticos da ética médica: respeitar o sigilo profissional; manter no anonimato pacientes; esclarecer e educar a sociedade; evitar o sensacionalismo e a autopromoção; não fornecer consulta; só anunciar os títulos de especialidade registrados no CRM e não participar de anúncios de empresas comerciais.

Havendo dúvida sobre a abordagem de determinado tema, deve o médico dirigir consulta específica ao Conselho Regional de Medicina no qual esteja inscrito.

O dr. Miguel A. Contijo Álvares (CRM-MG 9143) dirige correspondência a este egrégio Conselho solicitando esclarecimentos sobre divulgação de assunto médico na rede mundial de comunicação – Internet.

Designado pelo conselheiro responsável pelo Setor, Dr. Júlio Cezar Meirelles Gomes, através do ofício CFM nº 4.947/98, a emitir parecer, passo à análise dos fatos.

## EXPOSIÇÃO

O consulente encaminha consulta nos seguintes termos:

“1- Pode o médico divulgar, via internet, seus próprios métodos propedêuticos e terapêuticos para diferentes patologias inerentes à sua especialidade, usando a “homepage” de acesso irrestrito, da sociedade a qual é filiado?

2 – No caso de processo médico-legal envolvendo informações médicas de livre acesso divulgadas pela internet, quem é o responsável legal? O autor do texto ou a sociedade que, ao médico ofereceu espaço para divulgação pessoal?

Para finalizar, acrescentaria que a rede mundial de computadores (internet) tem como algumas de suas características a de não ter proprietário, não ter censura, ser de total acesso e também de ser o caos um pouco organizado. Na minha opinião condutas médicas pessoais não devem ser disponibilizadas na Internet, principalmente em locais de acesso irrestrito.”

## PARECER

O tema apresentado é de suma importância, pela sua relevância, atualidade e ineditismo, sendo muito pertinente para o momento. A Internet é, hoje, um veículo de transmissão de informação que não possui qualquer controle e norma específica no Brasil. A divulgação dos mais diversos assuntos e imagens é transmitida ao público em geral (“internautas”) sem qualquer dilapidamento, fato que enseja, por vezes, um total desvirtuamento da teleologia desta gigantesca “televisão”. É a liberdade travestida de libertinagem.

Assim sendo, o presente questionamento deve ser analisado com muita acuidade, visando garantir uma correta visão das qualidades e perigos trazidos com a tecnologia propiciada pela Internet.

## DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

A ética na publicidade médica e suas vedações estão estabelecidas nos artigos 131 a 140 do Código de Ética Médica. Os dispositivos fazem vedações ao uso incorreto da publicidade e divulgação de assunto médico e práticas propedêuticas.

O médico só deve divulgar assuntos de interesse coletivo desde que seja para esclarecer a sociedade quanto a processos educacionais.

É vedado ao médico:

Art. 131 – Permitir que sua participação, na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

É vedado ao profissional médico valer-se da propaganda para angariar clientela e autopromover-se. É o que dispõe claramente o artigo 132, nos seguintes termos:

É vedado ao médico:

Art. 132 – Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

O profissional médico tem o dever de sempre albergar-se na verdade e quando for divulgar seus métodos de tratamento deve fazê-lo de forma científica, somente lhe sendo ética a divulgação de método propedêutico já reconhecido pelo órgão competente. É o que reza o artigo 133 do CEM, *in verbis*:

É vedado ao médico:

Art. 133 – Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgãos competente.

O Código de Ética Médica faz ainda diversas vedações, tais como participar de anúncios de empresas valendo-se da profissão médica, publicar trabalho científico do qual não tenha participado da pesquisa, falsear estatísticas, etc. A doutrina ética é sempre a mesma: garantir ao público leigo, ou mesmo científico, a mais ampla, verdadeira e ética informação médica, garantindo-lhe uma correta noção do tratamento e do profissional médico anunciante.

## DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.036/80

O assunto em comento é tão grande relevância que mereceu por parte do Conselho Federal de Medicina legislação específica, consubstanciada na Resolução nº 1.036/80.

A finalidade da norma referida teve sua razão na “necessidade de que sejam uniformizados e atualizados os procedimentos para divulgação de assuntos médicos e métodos no Território Nacional”. Outrossim, almeja a referida resolução do CFM a “solução dos problemas que envolvem a divulgação de assuntos médicos visando ao esclarecimento da opinião pública”.

Neste diapasão, a resolução preconiza que toda propaganda, anúncio e demais formas de divulgação médica deverão passar pelo crivo da CODAME (Comissão Permanente de Divulgação de Assuntos Médicos).

O artigo 16 da aludida resolução dispõe que:

Art. 16 – A Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos terá como finalidade:

a – dar parecer a consultas feitas ao Conselho Regional de Medicina a respeito de publicidade de assuntos médicos, interpretando pontos duvidosos, conflitos e omissões;

b – emitir parecer sobre matéria que envolva divulgação médica, inclusive publicações de trabalhos científicos, sempre que a ela for submetidas;

c – quando necessário, observar os médicos primariamente envolvidos em publicidade, nos casos para ela analisados;

d – propor ao Conselho Regional de Medicina a instauração de Processo Ético-Profissional nos casos que tenham características de infração ao Código de Ética Médica;

e – providenciar para que a matéria relativa a assunto médico, divulgado pela imprensa leiga, não ultrapasse, em sua tramitação na Comissão, o prazo de sessenta (60) dias.

Outrossim, estabelece o artigo 7º da mesma norma que a divulgação de assunto médico para o público leigo, deve estar sempre em conformidade com os postulados éticos. Ademais, conforme o mesmo artigo, havendo acerca da ética da matéria a ser divulgada, o CRM deve previamente ser consultado, nos seguintes termos:

Art. 7º - O médico pode, usando qualquer meio de divulgação leiga, prestar informações, dar entrevistas e publicar artigos versando sobre assuntos médicos que sejam estritamente de fins educativos.

§ 1º - Em tais casos deverá ater-se aos postulados éticos contidos no Código de Ética Médica em vigor e nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina.

§ 2º - Sempre que em dúvida sobre como abordar assunto médico para o público, deverá o profissional solicitar pronunciamento prévio do Conselho Regional de Medicina.

Portanto, pode o profissional de medicina divulgar assuntos médicos ao público leigo, primeiramente, respeitando os postulados do Código de Ética Médica, já referidos. Outrossim, havendo dúvida quanto à deontologia da divulgação, deve consultar previamente o CRM, através da CODAME (Comissão Permanente de Divulgação de Assuntos Médicos), cujas atribuições já foram anteriormente elencadas.

O artigo 8º do referido diploma faz referência a autopromoção e a concorrência desleal, *in verbis*:

Por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, deve o médico evitar sua autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão.

§ 1º - Entende-se por autopromoção, quando o médico, por meio de entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações, procura beneficiar-se, no sentido de angariar clientela, fazer concorrência desleal, pleitear exclusivamente de métodos diagnóstico e terapêutico e auferir lucros.

Entendo que cabe ainda transcrever o artigo 1º do Decreto-Lei nº 4.113, de 14 de fevereiro de 1942, que regula a propaganda de médicos, cirurgiões-

dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros, de casas de saúde e de estabelecimentos congêneres. Assim, disciplina o dispositivo:

Art. 1º - É proibido aos médicos anunciar:

I – cura de determinadas doenças, para as quais não haja tratamento próprio, segundo os atuais conhecimentos científicos;

II – tratamento para evitar a gravidez, ou interromper a gestação, claramente ou em termos que induzem a estes fim;

III – exercício de mais de duas especialidades, sendo facultada a enumeração de doenças, órgãos ou sistemas compreendidos na especialização;

IV – consultas por meio de correspondência, pela imprensa, caixa postal, rádio ou processos análogos;

V – especialidade ainda não admitida pelo ensino médico, ou que não tenha tido a sanção das sociedades médicas;

VI – prestação de serviços gratuitos em consultório particular;

VII – sistematicamente, agradecimentos manifestados por clientes e que atendem contra a ética médica;

VIII – com alusões detratoras a escolas médicas e a processos terapêuticos admitidos pela legislação do país;

IX – com referência a métodos de tratamento e diagnóstico não consagrados na prática corrente ou que não tenham tido a sanção das sociedades médicas;

X – atestados de cura de determinadas doenças, para as quais não haja tratamento estabelecido, por meio de preparatórios farmacêuticos.

As proibições trazidas no decreto-lei transcrito foram todas albergadas no Código de Ética Médica, devendo o médico anunciante respeitá-las, sob pena de estar ferindo postulado deontológico e responder a processo disciplinar.

A divulgação de assunto médico, propagandas, entrevistas, etc., deve sempre basilar-se nos ditames éticos, visando a uma correta e verdadeira informação ao público. Assim, também improcede qualquer proibição à boa divulgação, pautada na aludida resolução e no Código de Ética Médica.

Da divulgação de assunto médico na rede mundial de computadores (Internet)

Poucas não foram as inovações trazidas pela Internet. Hodiernamente, esse veículo de comunicação possui público mundial quase sem estimativas corretas, devido à quantidade de adesão diárias e à capacidade de angariar novos adeptos.

Vale frisar que a Internet é um veículo de divulgação mundial. O seu acesso é tão vasto que as matérias ali divulgadas podem ser vistas em todos os continentes e por uma gama incomensurável de pessoas. A capacidade de transmissão não tem limites, acolhendo todos os povos e culturas do mundo.

Como veículo de comunicação, a Internet tem conseguido uma clientela imensamente superior a de qualquer outro instrumento de divulgação. Seu acesso é mundial e sua “freguesia” a mais eclética possível. Sendo assim, a veiculação de assunto médico na Internet deve também pautar-se nos corretos ditames da ética médica. Portanto, antes da colocação de qualquer matéria, anúncio ou propaganda médica, devem ser observados todos os artigos do Código de Ética Médica, da Resolução CFM nº 1.036/80 e do Decreto-Lei nº 4.113/42.

O não – cumprimento das diretrizes jurídicas e éticas acima relacionadas podem ensejar ao médico anunciante processo ético perante seu órgão de classe, bem como sanção jurídica pelo não – cumprimento do Decreto-Lei nº 4.113/42. assim, a matéria médica divulgada na Internet deve merecer por parte do anunciante uma atenção especial, tendo em vista sua abrangência e capacidade de ser vista no mundo inteiro.

Ademais, cabe lembrar que este é um veículo de comunicação completo, possuindo tanto a capacidade escrita como a visual e sonora. O anúncio ali colocado pode ser feito na forma escrita ou mesmo através de imagens e fotos, o que não ocorre em outros instrumentos de divulgação.

## CONCLUSÃO

Para ratificar e sedimentar as informações prestadas, transcrevemos abaixo os dez artigos do Código de Ética Médica que tratam da matéria divulgação de assuntos médicos, todos inclusos no Capítulo XIII – Publicidade e Trabalhos Científicos.

É vedado ao médico:

Art. 131 – Permitir que sua participação, na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

Art. 132 – Divulgar informação sobre o assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 133 – Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.

Art. 134 – Dar consulta, diagnóstico ou prescrição por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.

Art. 135 – Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado.

Art. 136 – Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 137 – Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação.

Art. 138 – Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, de dados, informações ou opiniões ainda não publicados.

Art. 139 – Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 140 – Falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação científica.

“1 – Pode o médico divulgar, via Internet, seus próprios métodos propedêuticos e terapêuticos para diferentes patologias inerentes à sua especialidade, usando a “homepage” de acesso irrestrito, da sociedade a qual é filiado?

Resposta. Não. A divulgação de métodos aplicados à medicina só pode ser feita quando estes forem consagrados pelo conhecimento científico, respeitando-se o sigilo profissional, e devem servir para esclarecimento e educação da sociedade, evitando a autopromoção, o sensacionalismo e a concorrência desleal. Quando os métodos são inovadores o médico tem o dever ético de divulga-los nos meios científicos

para que ganhem a chancela de verdade científica e, assim, possam ser usados pelos demais médicos. Somente após este procedimento, poderá ser levado ao conhecimento do público em geral.

"2 – No caso de processo médico-legal envolvendo informações médicas de livre acesso divulgadas pela internet, quem é o responsável legal? O autor do texto ou a sociedade que, ao médico ofereceu espaço para divulgação pessoal?

Resposta. A rede mundial de computadores (Internet) tem, entre outras, algumas características específicas; a de não ter proprietário, não ter censura, ser de total acesso e, também, ser o caos um pouco organizado. Na minha opinião, condutas médicas pessoais não devem ser disponibilizadas na Internet, principalmente em locais de acesso irrestrito. Não pode ensejar dúvida que, em caso de abertura de Processo Ético-Profissional por divulgação de assunto médico de forma ilegal, quem irá responder será o médico autor da divulgação, e não a empresa que ofereceu o espaço na Internet. Somente o médico (pessoa física) é passível de sofrer processo ético-disciplinar, a pessoa jurídica (provedora) não poderá ser responsabilizada sob o viés da ética médica por qualquer irregularidade divulgada na Internet.

Não existe ainda no Brasil uma legislação própria para esse veículo de comunicação, nem mesmo um controle de qualquer órgão governamental. Existe, sim, uma tentativa por parte da Polícia Federal em coibir imagens de pedofilia e outros crimes pela Internet. Todavia, com relação a assunto médico, a norma é de responsabilidade dos Conselhos de Medicina.

A utilização da rede mundial de comunicação para divulgação de assuntos médicos é desejável, apenas o médico responsável pela divulgação deve-se ater aos princípios dogmáticos da ética médica. Havendo dúvida sobre a abordagem de determinado tema, deve dirigir consulta específica ao Conselho Regional de Medicina no qual esteja inscrito.

É o parecer. *Sub examine.*

Brasília, 03 de setembro de 1999.

José Abelardo Garcia de Meneses  
Cons. Relator

Parecer CFM Nº 63/1999  
Processo-Consulta CFM nº 6228/1998  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 30/09/1999

**Palavras-Chave** - internet, divulgação pela internet, comissão de divulgação  
**Key-Words** - internet, internet divulgation, broadcasting committee

# DOENTE CRÔNICO E /OU TERMINAL: AUTONOMIA DO PACIENTE X AUTONOMIA DO MÉDICO

Jorge Rufino Ribas Timi\*

*"A vida é curta e o aprendizado longo; a crise é efêmera; a experiência perigosa; a decisão difícil. O médico precisa estar preparado para fazer não apenas o que julga certo mas também fazer com que o paciente, seus assistentes e outras pessoas colaborem".*  
Hipócrates

## 1. INTRODUÇÃO

A pedra basilar da medicina é o relacionamento médico-paciente. Hipócrates em seu aforismo acima<sup>1</sup> já mostrava a importância da participação do paciente neste relacionamento e chamava a atenção que outras pessoas também fazem parte do relacionamento médico-paciente. Este relacionamento é dinâmico e se encontra em constante evolução. A evolução do relacionamento médico-paciente nem sempre é rápida o suficiente para acompanhar as mudanças da sociedade e, via de regra, é mais rápida que a evolução jurídica em nosso ordenamento, quando a Justiça necessita ser chamada para analisar pormenores desta relação.

O relacionamento médico-paciente não é uma relação pura entre dois polos, pois do lado médico é cada vez mais freqüente que o paciente seja atendido por mais de um profissional, sendo que nem todos são médicos, mas fazem parte do corpo de profissionais da área da saúde. Do lado do paciente tem de ser levado em conta a presença da família, especialmente nos casos de atendimento de crianças, idosos, doentes crônicos e terminais. Também merece atenção quanto ao representante legal do paciente. Além destes que deveriam ser os únicos polos deste relacionamento, temos algumas figuras que influem direta e indiretamente no relacionamento médico-paciente que são: o Sistema Único de Saúde, as operadoras de sistemas de saúde complementar e as instituições hospitalares, que isolada ou conjuntamente ampliam ou restringem direitos de médicos e pacientes afetando diretamente o relacionamento médico-paciente.

## 2. PACIENTE CRÔNICO

O paciente crônico é todo aquele que apresenta uma doença incurável. Esta doença pode ter uma evolução mais ou menos favorável, ser mais ou menos penosa, levar ou não o paciente ao óbito. Por isso deve ser diferenciado o doente crônico do doente crônico de acordo com a evolução da doença crônica que o acomete.

O doente crônico com uma moléstia de curso insidioso passará seus anos em uma eterna mudança de serviços de saúde e de profissionais médicos na expectativa de cura para a sua doença, entretanto, sempre terá um ponto referencial com um médico eleito por ele como aquele que o orienta mais freqüentemente e com quem

---

\*Médico Angiologista. Advogado. Conselheiro do CRMPR. Trabalho premiado em segundo lugar no Concurso "Melhor monografia sobre ética médica"-2001 promovido pelo CRMPR Endereço: R. Padre Agostinho, 1923, ap. 2601 Curitiba 80710-000

pode discutir as diversas opções de tratamento que lhe apresentam bem como pode se socorrer nos momentos de agudização da doença.

Por outro lado o doente crônico com uma moléstia grave tende a se manter em tratamento com o mesmo profissional e o mesmo serviço de saúde durante toda a sua evolução, raramente trocando-os e quando isto acontece se dá por insatisfação no relacionamento médico-paciente, por dificuldades de internação hospitalar e ainda por tentativas terapêuticas com formas alternativas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina como tratamento médico.

### 3. PACIENTE TERMINAL

O paciente terminal é aquele que por uma situação crônica ou aguda não apresenta expectativa de sobrevivência em curto prazo, estando próximo ao desenlace final, ou ainda como define o mestre Genival Veloso de França<sup>2</sup>:

“Paciente terminal é aquele que, na evolução de sua doença, é incurável ou sem condições de prolongar a sobrevivência, apesar da disponibilidade dos recursos, estando, pois, num processo de morte inevitável”.

Os traumatismos decorrentes da violência urbana são a principal causa aguda de pacientes terminais em nossa sociedade, sendo que estes pacientes por estarem em estado vegetativo irreversível ou por apresentarem uma gama de lesões incompatíveis com a vida apresentam especial interesse à ética médica devido à possibilidade de doação de órgãos e tecidos. Dentre as causas agudas não traumáticas, os eventos cardiovasculares são os principais fatores etiológicos de doentes terminais, entre eles podemos citar o acidente vascular cerebral hemorrágico extenso, o infarto agudo do miocárdio com extensa necrose muscular, a trombose mesentérica e o aneurisma roto da aorta abdominal.

As situações crônicas mais comuns que levam o paciente a um quadro terminal são os tumores onde já se esgotaram as possibilidades terapêuticas, a insuficiência cardíaca congestiva grau IV, a doença pulmonar obstrutiva crônica avançada, a AIDS sem possibilidades terapêuticas, as doenças neurológicas degenerativas em fase avançada e os pacientes em estado vegetativo persistente.

### 4. AUTONOMIA DO MÉDICO

Para exercer a medicina no Brasil, o cidadão precisa ser graduado por uma Escola de Medicina reconhecida pelo Ministério da Educação e ser habilitado pelo Conselho Regional de Medicina do estado onde pretende atuar. Qualquer uma das mais de 100 Escolas de Medicina no país é apta para capacitar um médico, que precisa apenas de seu diploma de conclusão de curso para ser habilitado, sem que o Conselho Regional de Medicina faça qualquer outra exigência para esta habilitação.

Ao ter seu nome inscrito no Conselho Regional de Medicina, o médico deve seguir os preceitos da Lei 3.268/57<sup>3</sup> e do Código de Ética Médica<sup>4</sup>.

O Código de Ética Médica<sup>4</sup> define a autonomia do médico em seu artigo sétimo. O médico deve exercer a sua profissão com ampla autonomia podendo, inclusive, escolher a quem quer prestar os seus serviços. Esta amplitude ainda está

reforçada pelo Parecer-Consulta CFM 44/95 que desobriga o médico de proceder rotinas obrigatórias por decisão de sociedades de especialidades, devendo o médico segui-las em favor do paciente e a seu critério, porém nunca em caráter sistemático<sup>5</sup>.

Esta ampla autonomia é também reforçada pelo artigo 8º do Código de Ética Médica<sup>4</sup> que diz:

*"O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e a correção de seu trabalho".*

Ainda o Código de Ética Médica<sup>4</sup> reforça esta liberdade em seu artigo 16, quando determina que nenhuma disposição estatutária ou regimental poderá limitar a escolha dos meios a serem posto em prática para o diagnóstico e tratamento do paciente, independentemente de se tratar de hospital ou de instituição pública ou privada.

Faz parte da autonomia do médico indiciar os procedimentos adequados ao paciente, dentro de seu conhecimento científico e das necessidades para se estabelecer o diagnóstico e o tratamento do paciente, conforme visto no artigo 21 do Código de Ética Médica<sup>4</sup>.

O Código de Ética Médica<sup>4</sup>, em seu artigo 28, determina que o médico é autônomo para recusar atos médicos contrários aos ditames de sua consciência, mesmo que estes sejam permitidos pela lei, reforçando o princípio que a lei não pode obrigar um cidadão, independentemente de sua atividade profissional, a praticar atos contrários à sua moral.

O médico tem ainda autonomia para recusar-se a exercer a sua profissão e mesmo suspender as suas atividades quando as instituições em que atue não ofereçam ou deixem de oferecer condições adequadas ao seu trabalho ou que estas condições existentes possam prejudicar ao paciente. Ao tomar esta decisão, o médico se ampara nos artigos 23 e 24 do Código de Ética Médica<sup>4</sup>.

A legislação brasileira não prevê especificamente a autonomia do médico, pois a nossa legislação se isto o fizesse estaria criando uma exceção do princípio da igualdade entre os cidadãos.

## 5. LIMITES DA AUTONOMIA DO MÉDICO

A autonomia do médico não poderia ser irrestrita, pois o colocaria em uma posição de superioridade absoluta em relação aos seus semelhantes, por isso esta autonomia é limitada pela lei civil, pelo Código de Ética Médica e pela moral.

O Código de Ética Médica<sup>4</sup> em seu primeiro capítulo que trata dos princípios fundamentais deixa bem clara a limitação da autonomia do médico, já nos seus dois primeiros artigos:

Artigo 1º.

"A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade ...".

Artigo 2º

"O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional".

Ora, se tanto o objetivo primordial da Medicina quanto o alvo de toda a atenção do médico é o paciente, fica claro que o médico não pode utilizar a Medicina em benefício próprio em detrimento ao paciente, a quem implicitamente está subordinado.

Ainda neste sentido os artigos 6º e 48 do Código de Ética Médica<sup>4</sup> reforçam esta subordinação do médico aos interesses do paciente:

Art 6º:

"O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, **sempre** em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra a sua dignidade e integridade".

Art. 48:

"É vedado ao médico exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar".

Mesmo a autonomia quase irrestrita que a parte inicial do artigo sétimo do Código de Ética Médica<sup>4</sup> confere ao médico é limitada em sua parte final quando ocorre a ausência de outro profissional que possa prestar o atendimento ao paciente e nos casos de atendimento de emergência e de urgência, onde o médico fica obrigado a atender o paciente, pois a sua recusa pode ser enquadrada como infração ética e criminal, tipificando o crime de omissão de socorro de acordo com o artigo 135 do Código Penal Brasileiro<sup>6</sup>.

De maneira similar, as disposições estatutárias ou regimentais de quaisquer tipos de instituições onde atue o médico, podem limitar a sua autonomia desde que em benefício do paciente, como é visto na parte final do artigo 16 do Código de Ética Médica<sup>4</sup>.

Apesar do médico ter autonomia para indicar o procedimento diagnóstico e terapêutico adequado ao paciente, isto é limitado a praticas reconhecidamente aceitas e pela legislação vigente, com diz a parte final do artigo 21 do Código de Ética Médica<sup>4</sup>.

Não só nestas questões acima o Código de Ética Médica<sup>4</sup> limita autonomia do médico, este também proíbe o médico de usar os seus conhecimentos para favorecer a tortura, como pode ser visto nos artigos 49, 52 e 53, bem como de participar da execução de pena de morte (artigo 54).

Quando o médico atua como pesquisador em busca da evolução do conhecimento científico em prol da melhoria das condições de tratamento e de vida do paciente, esta atuação deve respeitar a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Pesquisa<sup>7</sup>, a Declaração de Nüremberg<sup>8</sup> de 1946, a Declaração de Helsinque<sup>9</sup> de 1964, declaração esta revista na 29º Assembléia Mundial de Médicos realizada em Tóquio em 1975 e aceita pelo Conselho Federal de Medicina através da resolução CFM 1.098/83<sup>10</sup> e as normas do capítulo XII do Código de Ética Médica<sup>4</sup>, que trata da pesquisa médica, especialmente, na situação em tela, ao artigo 130:

"É vedado ao médico realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais".

Algumas vezes o legislador cria barreiras para a autonomia do médico, como por exemplo, a Lei 11.392/00<sup>11</sup> que proíbe ao médico a solicitação de exames

diagnósticos da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida sem a expressa autorização do paciente, como textualmente expresso em seu artigo 7º parágrafo 3º:

*“Os testes anti-HIV, oferecidos na rede de saúde pública e privada, devem ser expressa e previamente autorizados, sob pena do estabelecimento ter que comprovar, por qualquer meio de prova, que o procedimento foi devidamente autorizado”.*

Moralmente a autonomia do médico se limita à autonomia do paciente, visto que este é o alvo de toda a atenção do médico, entretanto esta situação será mais aprofundada quando se aborda o conflito de autonomias entre a autonomia do médico e a autonomia do paciente.

Ainda no campo da moral, não deve o médico buscar a obstinação terapêutica, pois está não trará benefícios ao paciente, podendo acarretar-lhe ainda algum sofrimento adicional e ainda pode representar um custo a mais para o sistema de saúde.

A definição de obstinação terapêutica é subjetiva não existindo consenso sobre as suas reais dimensões na prática clínica<sup>12,13</sup>. Alguns autores defendem até que seja impossível para o médico determiná-la com segurança à beira do leito<sup>14</sup>. Ela é considerada como a utilização ou manutenção de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, sem que exista eficácia ou utilidade do ponto de vista de evolução positiva para o melhoramento das condições dos pacientes, seja em termos clínicos de sobrevida ou de qualidade de vida. São intervenções inadequadas para situação real do paciente, desproporcionais aos resultados que poderiam ser esperados<sup>15</sup>.

Por isso recomenda-se ao médico seguir o documento final da V Assembléia da Pontifícia Academia Pro Vita<sup>15</sup>, em relação ao paciente terminal, que assinalou em suas conclusões:

*“Quando o médico determinar que não existe meios possíveis para impedir a morte de um paciente, que o único resultado da aplicação de terapias avançadas é a adição de sofrimento ao sofrimento, ele precisa reconhecer os limites da Medicina e da sua intervenção pessoal, aceitando a inevitabilidade da morte. O respeito à pessoa que está morrendo, neste ponto, é o importante. O trabalho do médico e dos profissionais de saúde continuará, atendendo e cuidando da aplicação de tratamentos proporcionais e cuidados paliativos”.*

## 6. AUTONOMIA DO PACIENTE

Todo ser humano é soberano, por isso a sua autonomia deve ser respeitada.

O paciente pode aceitar ou recusar quaisquer procedimentos a ele orientados sem precisar justificar a sua decisão. Esta decisão deve ser respeitada pelo médico e pela família.

Alguns acreditam que o princípio da autonomia do paciente deve ser irrestrito, mesmo nas situações em que a recusa do tratamento possa colocar em risco a própria vida<sup>16</sup>, como por exemplo, na recusa do uso de sangue e hemoderivados pelas Testemunhas de Jeová<sup>17</sup>. Engelhardt Jr acredita que nem os médicos e nem o Estado devam interferir autoritariamente nas decisões individuais, dentro de um universo pluralista e globalizado. Baseado na moral secular coloca que, se a autoridade moral é derivada dos indivíduos, então o direito de consentir, de dar permissão, deve ter centralismo moral<sup>16</sup>, pois se um indivíduo tem o direito de consentir, deve-se deduzir

que também tem o direito de recusar tratamentos em quaisquer circunstâncias.

Este princípio é embasado nos três primeiros artigos da Declaração dos Direitos Humanos<sup>18</sup>:

Artigo 1º.

“Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”.

Artigo 2º.

“Todo homem tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidas nesta Declaração sem distinção de qualquer espécie”.

Artigo 3º.

“Todo homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”.

Mas não só a declaração dos Direitos Humanos<sup>18</sup> prevê esta autonomia para o paciente, pois ela tem suporte constitucional no *caput* do artigo 5º da Constituição Federal de 1988<sup>19</sup>, também na legislação infraconstitucional (Código Civil Brasileiro<sup>20</sup>, lei dos transplantes de órgãos<sup>21</sup>) e até mesmo no Código de Ética Médica<sup>4</sup>.

No Código Civil Brasileiro<sup>20</sup> vemos quais os indivíduos que apresentam a capacidade de decidir. Este define em seu artigo 9º que o indivíduo ao completar 21 anos está habilitado para todos os atos da vida civil, de onde se pode admitir que nesta idade todos os pacientes passam a gozar o direito de sua autonomia. Ainda no primeiro parágrafo deste artigo são apresentados os modos pelos quais cessam a incapacidade dos menores: a) por concessão dos pais ou por sentença judicial, se tiver 18 anos completos; b) pelo casamento; c) pelo exercício de emprego público efetivo; d) pela colação de grau em curso de ensino superior; e) pelo estabelecimento civil ou comercial, com economia própria.

Entretanto a Medicina vai contra o Código Civil nesta situação de limites da capacidade individual, pois reconhece o direito do menor de tomar suas próprias decisões, desde que seja maduro para tanto, esta maturidade deve ser intelectual, emocional, social e cultural<sup>22</sup>, pois o compromisso primário do médico é com o paciente, devendo os pais ou responsável legal pelo menor ser informado apenas quando o mesmo não tiver capacidade de lidar adequadamente ou de maneira construtiva para si com aquilo que lhe foi informado ou solicitado<sup>22</sup>. Esta situação é bastante delicada para o médico, pois é uma decisão pessoal sujeita a discussão legal tanto do ponto de vista cível quanto do ponto de vista ético.

Outra lei que dá autonomia ao paciente é a Lei 11.392/00<sup>11</sup> que, como já visto aborda a relação entre o médico e o paciente adético, permite a este não deixar que se realizem testes para o diagnóstico da referida enfermidade sem a sua autorização.

O Código de Ética Médica<sup>4</sup> é explícito em seu artigo 48 que é direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar. Ainda em seu artigo 56, o Código de Ética Médica<sup>4</sup> define que o paciente tem direito de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, e que isto deve ser respeitado pelo médico, mostrando assim o seu reconhecimento da autonomia do paciente.

O paciente tem autonomia para solicitar a realização de conferência médica (junta médica) quando quiser, e isto ocorre por insegurança na conduta diagnóstica ou terapêutica a que ele está sendo submetido, o médico que está conduzindo o caso não

pode se opor a esta vontade e isto é previsto pelo Código de Ética Médica<sup>4</sup> em seu artigo 64.

Uma situação especial da mulher está abordada no artigo 67 do Código de Ética Médica<sup>4</sup> onde há a definição da escolha do método de anticoncepção, cabendo ao médico assessorar esta escolha, pode parecer que o tema não caiba nesta monografia, entretanto existe o risco que representam alguns métodos de anticoncepção e mesmo algumas gestações em mulheres portadoras de graves doenças crônicas, como por exemplo, no caso da paciente portadoras de Lupus Eritematoso Sistêmico, especialmente em sua forma anticoagulante.

O paciente, diretamente ou por seu representante legal, tem autonomia do livre acesso ao prontuário, pois é seu direito estar inteirado durante todo o seu tratamento de sua situação, este direito é resguardado pelo artigo 70 do Código de Ética Médica<sup>4</sup>.

A autonomia do paciente crônico e/ou terminal é regida por diversos fatores que vão desde a previsão legal até a interação psicológica do relacionamento médico-paciente.

Quanto à capacidade de discernimento, o paciente pode ser ou não capaz de tomar suas decisões. Quando não tem esta capacidade, a responsabilidade da mesma é transferida para o seu representante legal.

A situação do representante legal ainda é obscura no relacionamento médico-paciente e necessita de estudos jurídicos mais aprofundados para a resolução desta questão, visando solucionar as questões que se apresentam nos casos de relacionamento médico-paciente e/ou paciente-familiares conflituosos.

No tema em tela, o doente terminal incapaz de decidir tem suas decisões transferidas para o representante legal, que em caso de menores será o pai ou a mãe, no caso de cônjuges será o cônjuge sadio e no caso de idosos normalmente será um dos filhos. Porém as relações humanas não são tão simples e uma questão aparentemente fácil como a que foi exposta se complica quando os pais são separados e divergem do tratamento proposto; quando há divergência entre o cônjuge sadio e os familiares do cônjuge doente e até mesmos com os filhos do casal; e ainda, nos casos de idosos, com prole numerosa, não raro existem diversas opiniões, dificultando a andamento do tratamento, gerando um conflito no relacionamento médico-paciente.

Na questão do representante legal, se for adotada a analogia com o instituto da curatela, com visto nos artigos 453 e 454 do Código Civil Brasileiro<sup>20</sup>, e com o instituto da curadoria dos ausentes, pelo exposto nos artigos 466 e 467 do Código Civil Brasileiro<sup>20</sup>, temos que o cônjuge sadio é responsável pelo cônjuge doente, na falta deste o pai, a mãe e o descendente maior respectivamente e entre os descendentes os mais próximos precedem os mais remotos. Na falta das pessoas mencionadas cabe a decisão ao juiz.

O Código Civil Brasileiro<sup>20</sup> ainda pode ser utilizado em seu artigo 384, onde em seu inciso V diz que aos pais compete representar os filhos até os 16 anos para os atos da vida civil e assisti-los após esta idade, suprindo-lhes o consentimento.

Com relação ao menor e com a igualdade entre o homem e a mulher assegurada constitucionalmente desde 1988, o representante legal pode ser resolvido conforme o artigo 21 do Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>23</sup>, que em caso de divergência entre os pais, qualquer um deles pode recorrer a Justiça para que esta fixe o pátrio poder.

O Código Civil Brasileiro<sup>20</sup> não aborda, exceto nos casos de interdição, quem é o responsável civil pelo idoso e nem quais as condições que esta

responsabilidade é retirada do próprio paciente.

Entretanto ainda o nosso ordenamento jurídico carece de legislação atualizada e aprofundada sobre o assunto do representante legal em casos da área da saúde.

A autonomia do paciente se estende também na questão da doação de órgãos e tecidos e deve ser respeitada mesmo após a sua morte, em certas situações. No caso específico de doação de órgão e tecidos, os pacientes manifestos como doadores ou como não doadores devem ter a sua vontade respeitada, a lei prevê que doador é todo o cidadão que não é expressamente não doador, sendo que esta vontade deve estar registrada em sua Carteira de Identidade Civil ou Carteira Nacional de Habilitação ou em ambas<sup>21</sup>, ao entrar em vigor esta lei comparava a nossa legislação a países como a Finlândia, Grécia, Itália, Noruega, Espanha e Suécia pelo instituto da doação presumida<sup>24</sup>, entretanto quando não há o registro nos documentos citados da vontade de ser doador, o pai, a mãe, o filho ou o cônjuge poderá manifestar-se contrariamente à doação, o que será obrigatoriamente acatado pela equipe médica<sup>25</sup>. No caso dos não doadores não deve a família mudar esta decisão, mesmo que esta mudança seja louvável do ponto de vista social, humanitário e moral, ela é eticamente questionável. No sentido contrário, a família não deve criar obstáculos à retirada de órgão dos doadores manifestos, sendo esta atitude condenável do ponto de vista social, humanitário, moral e ético, cabendo ao Ministério Público uma atitude quando conhecedor deste problema, atitude esta que não tem prosperado em nosso meio, devido ao desgaste emocional típico desta situação, apoiado ainda na Medida Provisória 1.959 de 20/10/2000<sup>26</sup> que revogou o instituto da doação presumida:

“A retirada de tecidos, órgão e partes do corpo de pessoas falecidas, para transplante ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização de qualquer um de seus parentes maiores, na linha reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, ou do cônjuge, firmado em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte”.

Apesar desta Medida Provisória<sup>26</sup> seguir os costumes do povo brasileiro no tocante da doação presumida, que nunca fez parte de nossa cultura, esta também tenta interferir na vontade do indivíduo ao revogar as manifestações da vontade registras em documento oficial de identificação após 1º de março de 2001, demonstrando que o Poder Executivo quando exerce a atividade legislativa tem o mesmo vício do Legislativo que é interferir na vontade do cidadão.

## 7. LIMITES DA AUTONOMIA DO PACIENTE

As limitações da autonomia do paciente estão ligadas a moral, a lei e a sua capacidade de discernimento.

Ao contrário dos argumentos de Englhardt Jr.<sup>16</sup> da autonomia irrestrita, baseados na moral secular, Sgreccia<sup>27</sup> critica a visão de que a vida possa estar a serviço da liberdade sem limites. Que essa, ao contrário de ser um valor absoluto, faz parte da natureza humana, a qual não se pode dispor, pois dispondo-se da natureza humana, estamos dispondo da sua própria dignidade. Dentro desse contexto personalista, não é eticamente aceitável a decisão de se dispor de tratamentos que possam potencialmente salvar a vida. O paciente deve ter o direito de poder escolher

entre os vários tratamentos propostos, aquele que mais se aproxima do ideal para ele, avaliando e sendo esclarecido sobre os riscos e benefícios de sua decisão e respeitando-se a sua autonomia. Mas o limite existe dentro do valor maior, que transcende o da própria liberdade, que é a vida em sua integridade.

Também Pellegrino<sup>28</sup> defende que a autonomia do paciente deve ser limitada em determinadas condições: (1) quando a decisão do paciente possa agredir potencialmente a outros; (2) quando o médico é solicitado a violar a sua integridade pessoal ou a sua ética profissional; (3) quando o paciente intencionalmente deseja agredir a si mesmo; (4) quando o tratamento solicitado é clinicamente inútil, lesivo ou contra-indicado.

Quando a decisão do paciente pode prejudicar a terceiros, esta autonomia se limita pelo princípio da autonomia individual, onde o direito de um indivíduo não pode se sobrepor ao de outro.

Quando a intenção do paciente é de auto-agressão, como nos casos de suicídio e eutanásia, não pode haver a obrigação do médico em auxiliá-lo, pois isto fere a autonomia do médico como já abordado anteriormente.

Quando o médico é solicitado a violar a sua integridade pessoal ou a sua ética profissional ou quando o tratamento solicitado é clinicamente inútil, lesivo ou contra-indicado, cabe ao médico respeitar o seu Código de Ética e seus ditames morais.

O Código de Ética Médica<sup>4</sup> traz algumas limitações da autonomia do paciente, em que autoriza o médico a não respeitá-la em situações de iminente perigo de vida. Estas situações estão expressas em três de seus artigos: no artigo 46 nas situações de emergência, no artigo 51 nos casos de greve de fome e também na parte final do artigo 56 quando o paciente se manifesta contrário ao tratamento. Entretanto não aborda como resolver os conflitos legais e morais advindos destas limitações da vontade do paciente.

No Código Civil Brasileiro<sup>20</sup> vemos que nem todos têm uma autonomia irrestrita, como no caso dos incapazes cuja autonomia é transferida para um representante legal. Em seu artigo 5º são citados como absolutamente incapazes: os menores de 16 anos, os loucos de todo o gênero e os surdos-mudos, que não puderem exprimir a sua vontade. O artigo 6º cita como relativamente incapazes os: maiores de 16 e menores de 21 anos, os pródigos e os silvícolas.

A lei também pode limitar a autonomia do paciente, por exemplo, não há em na maioria dos países lei que permita a eutanásia, apesar de lentamente começarem a aparecer legislações permissivas à eutanásia em diferentes regiões do mundo. Neste sentido o Código de Ética Médica<sup>4</sup> se manifesta em seu artigo 66 proibindo o médico de participar ou de favorecer a eutanásia.

O Estado deve garantir a vida através de tratamentos médicos sérios e profundos, sem adentrar na área da vontade humana<sup>29</sup>. A tutela da vida deve pertencer ao indivíduo ou ao Estado? Existem correntes doutrinárias no Direito e na moral em prol das duas situações. Entretanto com o fortalecimento das garantias individuais em detrimento do poder absoluto do Estado, a um número cada vez maior de doutrinadores em defesa que a tutela da vida é um direito do cidadão.

Em quase todos os países do mundo a disponibilidade da vida pelo suicídio é condenada pela moral, porém certas sociedades admitem o suicídio ritual com forma de resgate da honra, como acontece no Japão.

## 8. CONFLITO DE AUTONOMIAS

Não existe uma autonomia ampla, geral e irrestrita, pois qualquer autonomia se limita ao confrontar-se com outra, desde a mais elementar autonomia do indivíduo até a mais complexa autonomia de uma nação.

No relacionamento médico-paciente ambos os polos tem a sua autonomia limitada pela interface da autonomia do outro. Isto é fonte de conflito permanente, sendo que nos casos de pacientes crônico e/ou terminais a participação dos serviços de saúde e dos familiares pode amenizar ou agravar este conflito.

Os conflitos de autonomia entre médicos e pacientes terminais se dão por culpa do médico, do sistema de saúde e do próprio paciente e seus familiares ou representantes legais.

O domínio do modelo científico cartesiano de separação da mente do corpo direcionou a formação médica para a visão incompleta de que o tratamento da doença, e do sofrimento devam ser independentes do tratamento da pessoa que os experimenta. A superespecialização gerou o profissional com conhecimentos mais aprofundados em sua área de especialização, porém limitados do todo, da integridade da pessoa do doente<sup>30,31</sup>, levando a supervalorização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos da chamada medicina tecnicista em detrimento da importância do papel terapêutico do relacionamento médico-paciente.

Nos anos 60 surgiram novos modelos sócio-biológicos de doenças, que procuravam combater esta visão reducionista e que se seguiram pela introdução em 1997, do modelo bio-psico-social de Engel, no qual os fatores biológicos, aliados aos fatores psicológicos e sociais deveriam atuar em conjunto no mecanismo de doença. Todos eles seriam importantes e o paciente deveria ser compreendido na sua globalidade. Foi um golpe duro contra o reducionismo cartesiano, contudo não definitivo e ainda incompleto em seus conceitos básicos, pois ignorou o aspecto espiritual do tratamento médico<sup>30</sup>. Conseqüente ao esquecimento deste último ponto, foi o retardo no melhor preparo dos profissionais de saúde para esta área em todo o mundo. Atualmente é imprescindível que os cuidados ao doente terminal sejam direcionados à visão integral do ser humano, caso contrário, os resultados do tratamento e as decisões tomadas estarão sempre sujeitos a falhas<sup>31</sup>.

Os médicos criam barreiras que dificultam a comunicação com pacientes terminais, evitando conversar sobre o final da vida com os pacientes devido a alguns fatores<sup>32</sup>: 1) medo de causarem mais dor e sofrimento; 2) não terem treinamento específico nesta área; 3) verem a morte como inimigo a ser evitado; 4) previamente não concordam com o paciente ou a família em suas decisões; 5) justificativas médico-legais; 6) sentem-se ameaçados com este tipo de discussão.

A obstinação terapêutica é outro fator de conflito nos casos de doentes terminais. A obstinação terapêutica pode ocorrer por parte do médico ou ser solicitada pelo paciente. Quando o médico insiste em procedimentos considerados de obstinação terapêutica gerará conflitos devido a uma interpretação errônea sobre a situação real do paciente, pouca atenção aos problemas físicos, emocionais ou espirituais do mesmo e de seus familiares. Todos estes fatos também estão habitualmente ligados ao processo de comunicação inadequado e de relacionamento insatisfatório entre as partes envolvidas<sup>33</sup>.

Da mesma maneira, o sistema de saúde pode criar também alguns obstáculos à comunicação adequada do médico com o paciente terminal. Primeiramente porque os médicos, em sua grande maioria, exercem a sua atividade profissional em mais de um local de trabalho dentro do sistema de saúde, sendo que as discussões mais longas são evitadas e são atribuídas ao fato de não fazerem parte da rotina do tratamento e ocuparem uma parte expressiva do tempo do profissional. Segundo, os cuidados dos pacientes terminais são realizados atualmente por equipe multidisciplinar, envolvendo vários profissionais de saúde não médicos e médicos de várias especialidades, em diversos locais, sendo geralmente indefinido quem deveria iniciar esta conversação com o paciente<sup>32</sup>. O terceiro obstáculo é o financeiro, mais freqüentemente citado pelos médicos americanos, que não receberiam nenhuma compensação adicional por isso. Contudo, esta última justificativa é difícil de ser eticamente defensável, pois o paciente tem o direito de receber os cuidados e a atenção integrais em todas as fases do tratamento<sup>32</sup>.

Entretanto nesta questão de custos do tratamento deve-se levar em conta a situação econômica do país, que afeta diretamente os serviços de saúde. No caso da saúde pública, os órgãos gestores do sistema acabam priorizando algumas doenças em detrimento de outras, como por exemplo, o caso da AIDS, doença crônica, com um grande número de pacientes terminais e que por ser transmissível requer investimentos maiores, não só no tratamento como em sua prevenção com campanhas de alerta e de educação da população, às vezes drenando recursos de outras doenças crônicas e também com grande número de pacientes terminais, como as neoplasias.

Por isso pode ocorrer a dificuldade do paciente crônico e/ou terminal ter acesso a determinadas tecnologias utilizadas para diagnóstico e a determinados procedimentos terapêuticos, ambos em caso de procedimentos de alto custo, e algumas vezes em uma situação inaceitável, estes pacientes apresentam dificuldade de ter acesso ao próprio sistema de saúde.

O paciente também pode ser fonte geradora de conflito. Frente a sua doença os pacientes apresentam um enfrentamento da situação ou lançam mão de um mecanismo de defesa. Os mecanismos de defesa mais observados são a negação, a regressão e o deslocamento<sup>34</sup>, nestas situações há uma grande dificuldade no relacionamento médico-paciente.

Os conflitos originados pelo paciente são decorrentes da discordância do tratamento proposto pela equipe médica. As principais causas desta discordância são:

- a) Não entender o tratamento proposto;
- b) Não aceitar o tratamento proposto por não acreditar em sua eficiência;
- c) Não desejar qualquer tipo de tratamento para a sua doença;
- d) Desejo de se tratar com técnicas alternativas não aceitas pelo Conselho Federal de Medicina com prática médica ou por técnicas de cunho religioso;
- e) Exigir tratamento classificado como obstinação terapêutica de médico que se recusou a fazê-lo.

Outra causa de conflito gerado pelo paciente é quando há discordância deste em relação a seus familiares ou quando há a necessidade da intervenção de um representante legal, quando não existe a definição de quem responderia por esta situação, geralmente devido a divergências entre os familiares quanto às diversas formas de procedimentos possíveis para a situação do doente crônico e/ou terminal.

## 9. RESOLUÇÃO DOS CONFLITOS

Toda vez que ocorre um conflito de autonomia entre a autonomia do médico e a do paciente, a resolução da questão nem sempre é fácil.

O bom senso é o principal conselheiro para a resolução dos conflitos de autonomia, onde o médico deve procurar conversar mais com o paciente visando esclarecer todas as dúvidas ainda existentes. Uma vez persistindo o conflito esta resolução tende a ser embasada em determinados princípios de direitos individuais, e mesmo dentro da legislação vigente, legislação esta que nem sempre consegue dirimir as dúvidas existentes quanto à autonomia individual na relação médico-paciente.

Nos casos de doentes crônicos e/ou terminais uma consulta a um Comitê de Bioética, que começam a surgir nas instituições hospitalares do país, poderia assessorar os dois polos do relacionamento médico-paciente buscando um entendimento que finalizasse o conflito.

Difícilmente a arbitragem traria soluções para estas questões, porém a mediação realizada por uma Câmara Especializada poderia contribuir para uma solução rápida destes tipos de conflitos. Esta Câmara Especializada de Mediação poderia ser formada pelo Conselho Regional de Medicina ou pela Associação Médica Estadual.

Vencidas as etapas do diálogo direto entre as partes envolvidas e do diálogo assessorado por um comitê de Bioética ou por uma Câmara Especializada de Mediação, resta o recurso de procurar a Justiça na tentativa de dirimir a questão.

Na maioria das vezes, a Justiça baseia-se no fato de que o relacionamento médico-paciente não é o relacionamento entre duas partes iguais. O médico tem o conhecimento e a autoridade e o paciente é, quase sempre, o elemento mais vulnerável e que deve ser protegido<sup>35</sup>. Todavia, do ponto de vista deste, algumas vezes a solicitação para que se empreguem tratamentos considerados desproporcionais pelos médicos, está ligada a esperanças infundadas de cura ou à ignorância parcial ou completa, intencional ou não, dos fatos relacionados à sua doença e isto nem sempre é valorizado no veredicto final<sup>36</sup>.

Também pesa o fato da morosidade da Justiça em contrapartida da relativa pressa do tratamento nos casos de doentes terminais, decorrente do processo jurídico regular e a dificuldade das liminares atenderem de modo pleno o pleito das partes, devido à complexidade de conhecimentos envolvidos nestas questões.

Nestas horas, devido ao seu modelo, o ordenamento jurídico brasileiro sente a falta da existência de uma legislação mais específica na área da saúde, que permitisse aos magistrados decidirem sem terem que recorrer a analogia.

## 10. CONCLUSÕES

Após as análises apresentadas até agora, podemos chegar a algumas conclusões quanto ao conflito entre a autonomia do médico e a autonomia do paciente crônico e/ou terminal:

- I) A autonomia do paciente deve ser respeitada pelo médico, pelo serviço de saúde e pelos familiares.
- II) A autonomia do paciente é a principal limitante da autonomia do médico.

III) O médico é implicitamente subordinado ao paciente pelos artigos 1º e 2º do Código de Ética Médica<sup>4</sup>.

IV) A lei não pode obrigar um cidadão, independentemente de sua profissão a praticar atos contrários à sua moral.

V) Quando o médico é solicitado a violar a sua integridade pessoal ou a sua ética profissional ou quando o tratamento solicitado é clinicamente inútil, lesivo ou contra-indicado, cabe ao médico respeitar o seu Código de Ética e seus ditames morais e encaminhar o paciente, junto com um relatório médico, dando por encerrado a sua participação no caso e registrando o motivo da decisão no prontuário do paciente.

VI) A existência de Comitês de Bioética nas instituições hospitalares pode favorecer a resolução destes conflitos.

VII) A existência de uma Câmara Especializada de Mediação, ligada ao Conselho Regional de Medicina ou a Associação Médica Estadual, poderia auxiliar a solução dos conflitos.

VIII) A Justiça deve ser acionada quando esgotadas as alternativas de diálogo entre o médico e o paciente.

IX) Existe a necessidade de uma definição legal de representante legal, para solucionar conflitos envolvendo este assunto.

X) A Justiça brasileira carece de uma legislação mais clara e resolutiva nas questões relativas à área da saúde.

## 11. Referências Bibliográficas

1. Brunini CRD. Aforismos de Hipócrates. 1º. ed., São Paulo, Typus, 1998.
2. França GV. Direito Médico, 6º ed. São Paulo, Fundo Ed. Byk, 1994, p. 249.
3. Lei 3268 de 30 de setembro de 1957.
4. Código de Ética Médica 1988.
5. França GV. Comentários ao Código de Ética Médica, 3º ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2000, p. 19.
6. Código Penal Brasileiro 1984.
7. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
8. Declaração de Nüremberger 1946.
9. Declaração de Helsinque 1964.
10. Conselho Federal de Medicina, Resolução 1.098 de 30 de junho de 1983.
11. Lei 11.392 de 03 de maio de 2000.
12. Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. NEJM 1992, 42:875-80.
13. Helft PR, Siegler M, Lantos J. The rise and the fall of the futility movement. NEJM 2000, 343:293-6.
14. Veatch RM. Why physicians cannot determine if care is futile. JAGS 1994, 42:871-4.
15. Correa JDV, Sgreccia E. The dignity of the dying person. Città del Vaticano, Lib. Ed. Vaticana, 2000.
16. Engelhardt JR. HT. Fundamentos da Bioética. São Paulo, Ed. Loyola 1998, p. 289-446.
17. Ferreira Filho MG. Questões Constitucionais e Legais Referentes a Tratamento Médico sem Transfusão de Sangue. Cesário Lange, Sociedade Torre de Vigia de Bíblias e Tratados, 1994.
18. Declaração dos Direitos Humanos 1946.
19. Constituição da República Federativa do Brasil 1988.

20. Código Civil Brasileiro 1916.
21. Lei 9.434 de 04 de fevereiro de 1997.
22. Gauderer CO. O adolescente e o novo Código de Ética Médica, in Gauderer, C. Os direitos do paciente. 7ª ed. Rio de Janeiro, Record, 1998, pág. 168-177.
23. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990.
24. Drumond JGF. Transplante de órgãos: a nova legislação e o restabelecimento da autonomia. *Bioética* 2000, 8:149-52.
25. Medida Provisória 1.718 de 06 de outubro de 1998.
26. Medida Provisória 1.959 de 20 de outubro de 2000.
27. Sgreccia E. *Manuale di Bioetica*. Milano, Vita e Pensiero, 1999, p. 715-770.
28. Pellegrina ED. Decisions to withdraw life-sustaining treatment: A moral algorithm. *JAMA* 2000, 283:1065-67.
29. Bizatto JI. Eutanásia e Responsabilidade Médica, 2ª ed. Leme, Ed. do Direito, 2000, p. 115.
30. Rousseau P. Spirituality and dying patient. *J Clin Oncol* 2000, 18:2000-2.
31. Post SG, Puchalski C M, Larson DB. Physicians and patient spirituality: Professional boundaries, competence and ethics. *Ann Intern Med* 2000, 132:578-83.
32. Larson DG, Tobin DR. End-of-life conversations: Evolving practice and theory. *JAMA* 2000, 284:1573-8.
33. Gunten CF, Ferris FD, Emanuel LL. Ensuring competence in end-of-life care: Communication and relational skills. *Jama* 2000; 284:3051-57.
34. Botega NJ, Turato ER. Psiquiatria e medicina interna in Almeida OP, Dractu L, Laranjeira R. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan. 1996, p. 55-65.
35. Lantos JD. Futility assessment and the doctor-patient relationship. *JAGS* 1994, 42:868-70.
36. Youngner SJ. Applying futility: Saving no is enough. *JAGS* 1994, 42:887-9.

**Palavras-Chave** - paciente crônico, doente terminal, autonomia médica, autonomia do paciente

**Key-Words** - terminal patient, chronic patient, physician autonomy, patient autonomy

# TERAPIA HOLÍSTICA NÃO TEM BASE CIENTÍFICA

## EMENTA

A terapia que se intitula Holística não tem base científica e por isso não deve ser legalizada para ser posta ao alcance da população.

## APRESENTAÇÃO

Em 20 de maio de 2000, o Conselho Federal de Psicologia emitiu ofício-circular aos Conselhos da área de saúde alertando-os para a existência do Projeto de Lei n.º 2.783/97, relativo à profissão de Terapeuta Holístico, projeto esse que na Comissão de Trabalho da Câmara – CTASP recebeu parecer favorável do deputado Luciano Castro, do PSDB/RR, na forma de substitutivo apresentado em cópia anexa.

A oficiante chama a atenção para o fato de o projeto de lei substitutivo legitimar a existência de um Conselho Federal de Terapia Holística e para o fato de que a profissão de terapeuta holístico poderá ser exercida por leigos, com formação reconhecida pelo órgão antes referido, assim como por médicos, psicológicos e demais profissionais de saúde, desde que atendam aos pré-requisitos do projeto.

Segundo a informante, Sra. A.B.B., conselheira presidente do Conselho Federal de Psicologia, o deputado Paulo Rocha manifestou interesse em receber de cada um dos Conselhos da área de saúde as razões específicas pelas quais são contra a aprovação do projeto.

Sugere a presidente do Conselho Federal de Psicologia que manifestações sejam feitas aos deputados que participam da CTASP, particularmente ao deputado Pedro Henry, do PSDB/MT, um dos articuladores dos acordos entre a oposição e o governo.

## PARECER

As razões específicas pelas quais os Conselhos da área de saúde devem opor-se ao projeto são de duas naturezas:

1. A institucionalização da Terapia Holística;
2. Os efeitos de sua legalização.

### 1. A institucionalização da Terapia Holística

A medicina vem caminhando passo a passo com a história da humanidade. A despeito de os médicos gozarem de reconhecimento e prestígio nas sociedades antigas, todos sabem que os seus meios de tratamento eram obscuros e limitados. Isto começou a mudar, de forma acelerada, a partir do século XIX, quando a “Revolução Científica” passou a influir de modo decisivo no entendimento das doenças, de sua prevenção e até mesmo os meios de curá-las. No entanto, somente a partir de 1936 ocorreu a mudança principal, com a chamada “Revolução Terapêutica”, assinalada pela descoberta da sulfonamida. Pouco depois (início da década de 40), a introdução da penicilina deu caráter mais efetivo à abordagem das doenças e aos recursos para tratá-las.

*Colega*

*Não presenteie com  
Álcool ou Tabaco.*

*Seja criativo.*

*Você também é  
Responsável.*

A partir de 1950, os acontecimentos avolumaram-se em ritmo tão rápido que a medicina de hoje e suas possibilidades de diagnóstico e tratamento já tornam difícil o seu acompanhamento por parte dos profissionais que a ela se dedicam. Se isso, por um lado, causa perplexidade e até inquietação ao que pode vir a ser feito na abordagem do corpo humano, por outro coloca ante o homem a esperança de vencer, por esses recursos da ciência médica moderna, doenças que antes tidas como incuráveis.

Qualquer olhada à curva demográfica dos países de economia e qualidade de vida razoavelmente satisfatórias mostra o resultado desse novo contexto: redução da mortalidade infantil e aumento das expectativa de vida da população. Salta à vista que os eventos do mundo contemporâneo têm resultado em problemas que afligem a tranqüilidade e a paz espiritual homem, causando as dificuldades para a manutenção do seu equilíbrio psíquico, harmonia e estabilidade emocional.

As dúvidas, incertezas e perplexidades, resultantes do mundo do progresso e da comunicação instantânea, têm causado preocupações e dúvidas que levam as pessoas a procurar respostas nas mais diversas formas de apoio: religiões, psicofármacos, "medicinas ou terapias" chamadas alternativas, estas sem nenhuma metodologia confiável e sem possibilidade de verificação de resultados, contrariando os mais elementares requisitos da ciência moderna.

Proliferam, hoje (e ganham adeptos!), terapias baseadas em flores, água, terra, cristais, pirâmides, visualização da Íris e outras excentricidades que se tornam conhecidas através de veículos de comunicação voltados para a sociedade em geral.

Desta forma, as pessoas, desencantadas com a medicina convencional, tornam-se alvo fácil dessas mensagens promissoras de resultados eficazes e esperam que se cumpram as promessas do equilíbrio entre corpo, mente, emoções e espírito e falam em sintonia com o ambiente social e natural, considerando a verdadeira saúde como conseqüência de uma plena harmonia dentro do paradigma holístico da ciência, numa visão sistêmica de interdependência de tudo com tudo (menção e colocações encontradas no artigo 2º do Projeto de Lei n.º 2.783/97).

Não seria difícil prosseguir com reflexões dessa natureza, mas acreditamos não ser necessário insistir tanto sobre o que é tão óbvio quando se reflete sobre as ditas terapias holísticas e seus alegados benefícios.

## 2. Os efeitos de sua legalização

O Projeto de Lei n.º 2.783/97, além de referir-se à construção de uma entidade que não tem razão de existir, se aprovado, dará força legal a um mecanismo que nada acrescenta às necessidades da população. Entendendo-se a chamada "Terapia Holística" como resultante de fatores já considerados anteriormente, resta um fenômeno social e cultural que deve ser respeitado, desde que não prejudique as pessoas, tirando-lhes a oportunidade de procurar recursos médicos conhecidos. Consagrá-la legalmente seria um desserviço à Nação.

A criação desta Lei n.º 2.783/97 deveria levar em conta respostas a alguns questionamentos:

a) O que é "Terapia Holística" e quais os ramos de atividade e saber que a compõem;

- b) Como se forma um terapeuta holístico;
- c) Quais os meios de tratamento de que se vale a “Terapia Holística”;
- d) Como se pode verificar (ou falsear) os procedimentos usados na “Terapia Holística”;
- e) Como a “Terapia Holística” pretende desenvolver, manter e recuperar a saúde e como poderiam ser descritos ou apresentados os métodos convencionais ou não-convencionais, tradicionais e contemporâneos a que se refere o artigo 2º do projeto de lei;
- f) Qual a necessidade social dessa profissão e quais os problemas que ela se propõe a resolver.

## CONCLUSÃO

Pelo que acaba de ser apresentando, somos de opinião que as “Terapias Holísticas” são destituídas de carácter científico, não devendo haver estímulos facilitadores para sua expansão no meio social, principalmente se levarmos em conta que são as pessoas humildes e de mais baixo conteúdo cultural as que se tornam mais vulneráveis às influencias e aceitação desses tipos de mensagens.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 27 de novembro de 2000.

Oliveiros Guanais de Aguiar  
Cons. Relator

Parecer CFM n.º 39/2001  
Processo-Consulta CFM n.º 4927/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 14/9/2001

**Palavras-Chave** - terapia holística, medicina alternativa, apoio científico, medicina holística  
**Key-Words** - holistic therapy, alternativ medicine, holistic medicine

### **CANCELAMENTO DO PARECER CFM 11/2001**

O Conselho Federal de Medicina no uso de suas atribuições comunica o cancelamento do seu Parecer CFM 11/2001.

# REGISTRO E NOTIFICAÇÃO DE TENTATIVA DE AUTO-EXTERMÍNIO

## EMENTA

No atendimento de paciente decorrente de causa violenta, o médico deve elaborar prontuário médico que contenha todas as informações inerentes ao atendimento e, em caso de morte, encaminhar o corpo para o IML.

## CONSULTA

Em 19/4/01, a Dra. C.S.F. solicitou do CFM o seguinte questionamento:

*“Gostaria de saber se ao atender um paciente devido a possível ou comprovada tentativa de auto-extermínio, o médico e/ou a instituição onde o paciente é atendido é obrigado a algum procedimento legal (preencher algum boletim de ocorrência ou de notificação), por exemplo: caso o paciente venha a falecer, há algum procedimento adicional que deva ser adotado?”*

## PARECER

Trata-se de consulta sobre um dos princípios da Medicina: o segredo médico. Doutrinariamente, o assunto vem sendo discutido através de pareceres dos Conselhos Regionais de Medicina. Há amplo material disponível para consulta, como, especificamente, o Processo-consulta CFM nº 1.973/2000 e o Protocolo CFM nº 4374/97, anexos ao presente parecer.

A instituição do segredo médico está estabelecida em alguns diplomas legais, como o Código de Processo Penal e o Código de Ética Médica, além de constar no Juramento de Hipócrates.

## CONCLUSÃO

Respondendo pontualmente aos questionamentos da consulente, temos que:

1º) O médico e a instituição não são obrigados a nenhum procedimento legal que vise a quebra do segredo profissional. Ao médico cabe a elaboração do prontuário médico com as devidas anotações referentes a cada caso; à instituição, a guarda desse prontuário;

2º) Em caso de morte do paciente, decorrente de causa violenta, é obrigatório o encaminhamento do corpo para o Instituto Médico Legal.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 11 de janeiro de 2002.

Ricardo Fróes Camarão  
Cons. Relator

Parecer CFM nº 11/2002.

Processo-Consulta CFM Nº 2722/2001

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 11/01/2002

**Palavras-Chave** - auto-extermínio, notificação de suicídio

**Key-Words** - self destruction, suicide notification

# HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried Wittig \*



## PENICO - URINOL

Vaso confeccionado de ferro esmaltado, alumínio, plástico, louça, para conter provisoriamente urina ou dejetos humanos.

Este objeto, freqüentemente colocado embaixo da cama ("vaso de cama") foi utilizado especialmente a noite, numa época em que as casas não dispunham de água encanada ou esgotos.

Esteve em grande moda entre 1700 e 1900, principalmente na Europa. Este utensílio facilitava quando as pessoas necessitavam urinar, em noites frias ou de chuva e o local sanitário apropriado estava fora de casa, no quintal, mas também usado nas casas de maior recurso. Pacientes acamados ou impossibilitados de locomoção, desfrutavam de sua utilidade.

O formato sempre foi de um vaso largo e baixo, suficiente para nele ser sentado, dispondo de uma alça lateral para ser transportado e seu conteúdo dispensado em outro local.

Observe a beleza da pintura e ornamentação desta peça de louça do século XIX, com sua fina e rara tampa, expostos no nosso museu.

Haviam peças para adultos e crianças. Hoje ainda é utilizado, especialmente destinados às crianças. Quem não teve seu peniquinho?

Doação: Associação Médica do Paraná

**Palavras-Chave:** penico

**Key Words:** chamber pot

\* Diretor do "Museu de Medicina" da Associação Médica do Paraná.  
**Para doações**, ligue para a secretária da AMP - 0xx41. 342-1415

## 1 - DEPTO. DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL (DEFEP)

- Cons. Carlos Ehlke Braga Filho (Presidente)  
Cons. Antonio Carlos de Andrade Soares  
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Cons<sup>a</sup>. Célia Inês Burgardt  
Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons. José Luís de Oliveira Camargo  
Cons. Kemel Jorge Chammas  
Cons. Marco Flávio Gomes Montenegro  
Cons. Sylvio José Borela

## 2 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

- Cons. Hélcio Bertolozzi Soares  
Cons. Niazzy Ramos Filho  
Cons. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini

## 3 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

- Cons<sup>a</sup>. Mônica de Biasi Wright Kastrup  
Cons. José Eduardo de Siqueira  
Cons<sup>a</sup>. Lúcia Helena Coutinho dos Santos  
Cons. Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa  
Cons. Minao Okawa  
Cons. Sérgio Maciel Molteni

## 4 - COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

- Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons<sup>a</sup>. Célia Inês Burgardt  
Cons. Luiz Antonio de Melo Costa

## 5 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO

### Mandato de 29/05/2001 a 29/05/2002)

- Cons. Roberto Bastos da Serra Freire (Presidente)  
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Cons<sup>a</sup>. Mariângela Batista Galvão Simão  
Func<sup>o</sup>. Maria Arminda de Souza  
Func. Martin Afonso de Palma

## 6 - COMISSÃO DE SEDE

- Cons. Wadir Rúpollo (Presidente)  
Cons. Cícero Lotário Tironi  
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Cons. Gerson Zafalon Martins  
Cons. Kemel Jorge Chammas  
Membro nato do CRMPPR: Luiz Carlos Sobania

## 7 - CORREGEDORIA DO CRMPPR

- Cons<sup>a</sup>. Raquela Rotta Burkiewicz

## DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

- Dr. José Luis de Oliveira Camargo (Presidente)  
Dr. José Eduardo de Siqueira (Vice-Presidente)  
Dr. Edgard Luiz Westphalen (1º Secretário)  
Dr. Ludovico Pieri Neto (2º Secretário)  
Dr. João Henrique Steffen Junior  
Dr. Laércio Uemura  
Dr. Marcos Menezes Freitas de Campos  
Dr. Sylvio Carlos Silva Junior  
Dr. Adelmo Ferreira (Suplente)  
Dr. Edson Kenji Takaki (Suplente)  
Dr. Marcelo Agudo Carvalho de Mendonça (Suplente)  
Dr. Wanderley Zanotto Lopes dos Santos (Suplente)

## DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

- Dr. Kemel Jorge Chammas (Presidente)  
Dr. Natal Domingos Gianotto (Vice-Presidente)  
Dr<sup>a</sup>. Maria Teresa de M. C. Coimbra (1ª Secretária)  
Dr. Mário Massaru Miyazato (2º Secretário)  
Dr. Minao Okawa  
Dr. Mário Lins Peixoto  
Dr. Aldo Yoshissuke Taguchi (Suplente)  
Dr. Giancarlo Sanches (Suplente)  
Dr. José Carlos Fernandes (Suplente)  
Dr. Luis Francisco Costa (Suplente)  
Dr. Oswaldo Rodrigues Truite (Suplente)  
Dr. Roberto Tanus Pazello (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE APUCARANA

- Dr. José Marcos Lavrador (Presidente)  
Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Secretário)  
Dr. Guilherme Augusto Storer (Colaborador)  
Dr. Evaldo Américo Galhardo Sanches (Licenciado)  
Dr. Altimar José Carletto (Suplente)  
Dr. Adail Rother Júnior (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO

- Dr. Antônio Sérgio de Azevedo Rebeis (Presidente)  
Dr. Moacir Ciulla Porciúncula (Secretário)  
Dr. Antônio Carlos Cardoso (Colaborador)  
Dr. Dairton Luiz Legnani (Suplente)  
Dr. Manual da Conceição Carneiro (Suplente)  
Dr. Wilfredo Sérgio Sandy Saavedra (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

- Dr. Keith de Jesus Fontes (Presidente)  
Dr. Sérgio Luiz Cochinski (Secretário) Licenciado em 06/07/01  
Dr. Moacir João Borguetti (Colaborador)  
Dr. Nelson Ossamu Osaku  
Dr. José Fernando Carvalho Martins (Suplente)  
Dr. Milton Elias de Oliveira (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

- Dr. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini (Presidente)  
Dr. Luiz Henrique Zaions (Secretário)  
Dr. Isidoro Antonio Villamayor Alvarez (Colaborador)  
Dr. Rovilson Ravagnani (Suplente)  
Dr. Nelson Antônio Barufatti Filho (Suplente)  
Dr. Hildegardis Zacar (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

- Dr<sup>a</sup>. Vera Lúcia Dias (Presidente)  
Dr. Osamário Edson de Andrade Góes (Licenciado)  
Dr<sup>a</sup>. Alicar Darwich (Colaboradora)  
Dr. Humberto Pellegrini Maia (Suplente)  
Dr. Frederico Eduardo W. Virmond (Suplente)  
Dr<sup>a</sup>. Iara Rodrigues Vieira (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

- Dr. Paulo Roberto Mussi (Presidente)  
Dr. João Antônio Schemberk Junior (1º Secretário)  
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (2º Secretário)  
Dr. Antônio Motizuki (Suplente)  
Dr. César Augusto Macedo de Souza (Suplente)  
Dr. Pedro Soveral Bortot (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

- Dr. Achilles Buss Junior (licenciado em 05/07/99)  
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Presidente)  
Dr<sup>a</sup>. Marli Cybulski (Secretária)  
Dr. Délcio Caran Bertucci Filho (Licenciado)  
Dr. Gilberto Luiz Ortolan (Suplente)  
Dr<sup>a</sup>. Margaret Zych (Licenciada em 26/08/99)

## DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

- Dr. Luiz Antônio de Mello Costa (Presidente)  
Dr. João Jorge Hellu (1º Secretário)  
Dr. Mauro Acácio Garcia (Colaborador)  
Dr. Guilherme Antônio Schmitt (Suplente)  
Dr. Luiz Carlos Cortes Derenusson (Suplente)  
Dr. Luiz Renato Ribeiro de Azevedo (Suplente)